



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



**Um Ano de Estágio no Centro de Transição para a
Vida Adulta e Ativa da
CERCI Lisboa**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Ana Rita Gonçalves Branco

2016

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que me apoiaram e ajudaram neste percurso, tanto no estágio em si como para a realização e construção deste relatório, pelo que gostaria de mostrar a minha gratidão...:

- ... à Professora Doutora Sofia Santos pela disponibilidade, apoio, orientação, incentivo e paciência demonstrada, bem como pelo conhecimento transmitido;
- ...às orientadoras locais, Dr.^a Mónica Estevens e Dr.^a Elisabete Sousa, por toda a receptividade, disponibilidade, apoio e carinho demonstrado, por todas as dicas, conselhos e correções, bem como pela confiança depositada;
- ...a todos os clientes, que preencheram este percurso com aprendizagens, desafios e novas experiências, pelo carinho e boa-disposição;
- ...a toda a equipa da CERCI Lisboa, por me integrarem no vosso espaço, aceitando a minha presença e esclarecendo todas as dúvidas e curiosidades;
- ...aos amigos pelo companheirismo demonstrado, pela interajuda, pelas partilhas de dúvidas, desabafos, inseguranças e principalmente pela amizade;
- ...à minha família e namorado pelo apoio incondicional, pela confiança e amor.

Resumo

O presente relatório pretende dar a conhecer o percurso de aprendizagem percorrido pela estagiária no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) da CERCI Lisboa, tendo como população-alvo jovens e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID) e Multideficiência. A intervenção da estagiária decorreu de Outubro de 2015 a Maio de 2016 e realizou-se fundamentalmente nas sessões de Atividade Motora, Atividade Motora em Meio Aquático, Caminhadas e Canoagem e Vela Adaptada. Neste relatório será apresentada a caracterização da instituição e da população alvo, uma revisão bibliográfica dos conceitos fundamentais inerentes ao estágio, como a intervenção Psicomotora e a importância da avaliação. Neste seguimento será apresentada a intervenção da estagiária, englobando a organização e horário, grupos de intervenção, processo de avaliação, bem como os instrumentos utilizados, especificando um estudo de caso. Por fim, serão referidas outras atividades em que a estagiária pôde participar e será apresentado um projeto de investigação que visa analisar as atitudes da população portuguesa em relação aos indivíduos com DID, comparando os dados do Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora, Atividade Motora, Atividade Motora em Meio Aquático, Caminhadas, Canoagem e Vela Adaptada, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Síndrome de Noonan, Transição para a Vida Adulta e Ativa, Avaliação, Atitudes.

Abstract

This report aims to introduce the intern's experience on the "Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)" in CERCI Lisboa with young people and adults with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) and Multi-Disabilities. The intern's intervention occurred between October/2015 and May/2016 and was organized in Motor Activity, Motor activity in Water, Walking, and Adapted Activities (sailing and canoeing). This report presents the institution where the internship took place, as well a literature review about the most common diagnosis of CERCI' clients. Further, it will describe the importance of assessment and psychomotor therapy and then, internship student' specific intervention: planning and schedule, intervention groups' and their assessment (including instruments), an individual study case and other developed activities. An investigation project is also presented with the goal to compare and analyze the Portuguese Attitudes in different areas (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas) towards persons with IDD.

Keywords: Psychomotor therapy, Motor Activity, Motor Activity in Water, Walking, Adapted Activities (sailing and canoeing), Intellectual and Developmental Disabilities, Noonan syndrome, Adult and Active's Life Transition, Evaluation, Attitudes.

Índice Geral

Agradecimentos.....	1
Resumo	2
Abstract	3
Índice Geral	4
Índice de Tabelas.....	6
I. Introdução	7
II. Enquadramento da Prática Profissional.....	10
1. Caracterização da instituição	10
2. Caracterização da População-Alvo	24
3. Intervenção psicomotora	35
4. A importância da avaliação	46
III. Metodologia.....	48
1. A Intervenção Psicomotora na CERCI Lisboa	48
Horário e Atividades	48
Organização e funcionamento	49
Grupos de Intervenção.....	50
Processo de avaliação	52
Instrumentos de avaliação	53
Procedimentos.....	56
Sessões de Intervenção.....	56
Avaliação Final do Grupo de Intervenção	58
2. Estudo de Caso – o J.V.....	59
3. Outras Atividades	75
4. Projeto de Investigação.....	78
IV. Conclusão e Reflexão Pessoal.....	97
Referências Bibliográficas	100

Anexos.....	110
--------------------	------------

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Organograma Funcional da CERCILISBOA (CERCILISBOA, s.d.).....	15
Tabela 2 - Critérios para o diagnóstico da SN (Van der Burgt et al., 1994)	31
Tabela 3 - Atividades que contemplam o horário da estagiária	49
Tabela 4 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Autonomia (ECAP – Parte I)	63
Tabela 5 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Desenvolvimento Físico (ECAP – Parte I)	63
Tabela 6 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Atividade Económica (ECAP – Parte I)	64
Tabela 7 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Desenvolvimento da linguagem (ECAP – Parte I)	65
Tabela 8 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Números/Tempo (ECAP – Parte I)	65
Tabela 9 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Atividade Doméstica e Pré-profissional (ECAP - Parte I)	66
Tabela 10 - Resultados da avaliação inicial e final nos domínios da Personalidade, Responsabilidade e Socialização (ECAP – Parte I)	67
Tabela 11 - Resultados da avaliação inicial e final de todos os domínios da Parte I da ECAP	67
Tabela 12 - Resultados da avaliação inicial e final dos domínios da Parte II da ECAP	68
Tabela 13 - Resultados da avaliação inicial e final dos Fatores da ECAP	70
Tabela 14 - Plano de Intervenção proposto pela estagiária para as sessões de AM.....	72
Tabela 15 - Plano de Intervenção proposto pela estagiária para as sessões de AMA	73
Tabela 16 - Caracterização da Amostra.....	83
Tabela 17 - Estatística Descritiva: valores da média e desvio-padrão dos itens do ATTID por NUTs II	86
Tabela 18 - Diferenças entre NUTs nas diversas secções do ATTID ($p < .05$)	89

I. Introdução

Para obtenção do grau de mestre apresenta-se o presente relatório que se insere na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), doravante designado por Estágio, do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

O regulamento do RACP estabelece que o estágio e respetivo relatório deverão ser realizados individualmente, incluindo a participação em atividades de avaliação, intervenção, participação em reuniões de equipa bem como atividades de extensão à comunidade, totalizando uma duração de aproximadamente 1500 horas nos dois semestres e apresentando como objetivos gerais (RACP, 2015):

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e,
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, assim como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, com vista no desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Relativamente aos objetivos específicos, estes visam proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências nos domínios da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e da relação com a comunidade (RACP, 2015):

- ✓ Intervenção psicomotora: espera-se que o mestrando relacione as aprendizagens construídas através do seu curso com a prática de intervenção, i.e., pretende-se que este realize avaliação do desenvolvimento e estabelecimento do perfil intraindividual; conceção, aplicação e avaliação de programas; e identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores da participação dos indivíduos nos contextos de vida significativos e elaboração das respetivas respostas;
- ✓ Relação com outros profissionais: espera-se que o mestrando relacione as aprendizagens construídas através do seu curso com as atividades profissionais associadas ao processo de comunicação e partilha de saberes no seio de equipas

multidisciplinares, i.e., que participe na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e do potencial de aprendizagem em equipa multidisciplinar; e que participe na conceção e desenvolvimento de planos e programas transdisciplinares, em cooperação com outros profissionais;

- ✓ Relação com a comunidade: visa que o mestrando se integre na comunidade, através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, privilegiando a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos) nos processos de: orientação e aconselhamento nas diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário; observação e análise da conceção e dinamização de projetos; e, realização de eventos para divulgação das atividades do RACP e dinamização da relação da instituição com a comunidade.

Este relatório tem por base a área de intervenção Funcionalidade e Qualidade de Vida, pelo que, segundo o RACP (2015) as competências específicas a desenvolver são “Desenvolver metodologias e instrumentos de avaliação e programas de intervenção adequados à população e ao contexto de desenvolvimento do Estágio” (p.3).

O presente relatório reporta-se à descrição do estágio de Reabilitação Psicomotora realizado em contexto institucional na CERCI Lisboa - Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), com a população com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) e Multideficiência. Desta forma, e para uma melhor contextualização da atividade desenvolvida, o presente relatório foi dividido em quatro capítulos fundamentais:

- I. *Introdução*: onde será inicialmente apresentado o âmbito do relatório bem como os principais objetivos do estágio. Será também referido qual o local de intervenção do estágio e terminará com uma breve apresentação da estrutura e organização do relatório;
- II. *Enquadramento da Prática Profissional*: este capítulo apresenta a caracterização do local do estágio (instituição CERCI Lisboa, do CTVAA e da piscina onde decorreu o estágio), a caracterização da população-alvo (mais especificamente DID e Síndrome de Noonan), e apresenta uma revisão da literatura sobre a intervenção psicomotora, organizando-se por: psicomotricidade instrumental vs. relacional, abordagem individual vs. grupal, intervenção psicomotora com indivíduos com DID, e intervenção psicomotora e contextos (Atividade Motora Adaptada e Atividade em Meio Aquático), terminando este capítulo com a importância da avaliação psicomotora.
- III. *Metodologia*: onde será apresentada toda a parte prática que a estagiária vivenciou no decorrer do estágio, como o horário e as atividades desenvolvidas, a

organização e funcionamento do CTVAA, os grupos de intervenção, o processo de avaliação, os instrumentos de avaliação utilizados (ECAP e Escala de Avaliação em Meio Aquático), os procedimentos, os resultados e discussão. De seguida, e dada a diversidade de casos e grupos de intervenção, será apresentado, de forma mais detalhada o **estudo de caso**. Ainda neste capítulo serão apresentadas outras atividades nas quais a estagiária participou, concluindo-se este capítulo com o projeto de investigação, desafio colocado no início do ano letivo; e

- IV. *Conclusão e Reflexão Pessoal*: onde será feita uma reflexão acerca das aprendizagens e experiências proporcionadas pelo estágio, das principais dificuldades e limitações, e as principais conclusões retiradas deste percurso e da construção deste relatório.

II. Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo será feito o enquadramento da prática profissional, i.e., será caracterizada a instituição onde o estágio decorreu – CERCILisboa e em concreto o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), a população-alvo, abordando-se a intervenção psicomotora e a importância da avaliação para a intervenção psicomotora na instituição.

1. Caracterização da instituição

A 16 de Julho de 1975, foi fundada a CERCILisboa – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados – por familiares de crianças, jovens e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), juntamente com técnicos e outros interessados na inclusão e participação ativa destes indivíduos na sociedade (CERCILisboa, s.d.). Esta é, atualmente, uma Cooperativa de Solidariedade Social com fins não lucrativos, reconhecida como Entidade de Utilidade Pública (CERCILisboa, 2013), que dá respostas ao nível da inclusão social, atividades de vida diária e outros apoios ao longo do ciclo de vida a, aproximadamente, 900 pessoas com DID e/ou Multideficiência (CERCILisboa, s.d.).

A CERCILisboa iniciou a sua atividade com um **Centro Educacional** nos Olivais, que se tornou uma referência nacional ao nível da Educação Especial por fornecer respostas totalmente inovadoras (CERCILisboa, 2013). Apartir daqui, sente-se a necessidade de criar respostas similares por todo o país, surgindo o que ficou conhecido como Movimento CERCILisboa. Como consequência, e de modo a auxiliar a identificação, intitulou-se informalmente de “Lisboa”, ficando conhecida como CERCILisboa (CERCILisboa, s.d.).

Dada a expansão cada vez maior das CERCILisboas por todo o país, surgiu a vontade e a necessidade de dar corpo a um órgão que fosse representativo e, simultaneamente, dinamizador de ações que pudesse apoiar estas cooperativas e sensibilizar a opinião pública para os problemas da população com DID e/ou Multideficiência e das suas respetivas famílias, tendo-se fundado a FENACERCILisboa – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCILisboa, s.d.).

A FENACERCILisboa nasceu então dez anos depois da criação da primeira CERCILisboa, i.e., em 1987, e é uma instituição de utilidade pública que representa as Cooperativas de Solidariedade Social, espalhadas por todo o país, representando um total de 52 organizações (FENACERCILisboa, s.d.). Esta tem um papel relevante na definição dos contornos das valências de apoio que as Cooperativas têm vindo a estruturar nos últimos

anos, quer fomentando a utilização de métodos de trabalho adequados e eficazes, quer promovendo trocas de experiências entre elas (FENACERCI, s.d.).

A FENACERCI dispõe também de um Núcleo de Formação que visa promover ações de formação para os profissionais das Associadas e de outras Organizações Congéneres, particularmente em áreas inovadoras de intervenção ou onde se verifica a inexistência de formação (e.g.: Etiologia da DID, Auto-Representação, Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Ética e Deontologia, Igualdade de Oportunidades, Desporto e Lazer, Violência e Maus-Tratos, Desenvolvimento Pessoal e Organizacional, entre muitas outras - FENACERCI, s.d.).

Simultâneamente à expansão das outras CERCI's por todo o país, em Lisboa, os pedidos de apoio ao nível da Educação Especial continuaram a aumentar, surgindo assim a necessidade de criar, em 1976 o segundo Centro Educacional da CERCI, em Marvila (CERCILisboa, 2013). A CERCI procurou sempre, ao longo da história, assumir o desafio de acompanhar os referenciais teóricos e as políticas sociais vigentes, de modo a desenvolver a sua intervenção e ser eficaz nas respostas criadas (CERCILisboa, 2013), tendo sempre em consideração quais os apoios necessários para cada cliente. Ao longo do tempo foram sendo criadas diversas respostas sociais e serviços, resultantes das necessidades apresentadas pela comunidade bem como da ambição de prestar um atendimento abrangente a todo o ciclo de vida (CERCILisboa, 2013).

Assim, uma vez implementada a resposta educacional, criaram-se posteriormente os **Centros de Atividades Ocupacionais (CAO)**, primeiro em Marvila, depois nos Olivais e em 1997 em Carnide, dando atualmente resposta a 167 jovens e adultos com DID e/ou Multideficiência, contribuindo para a sua qualidade de vida no âmbito do bem-estar, desenvolvimento pessoal e inclusão social (CERCILisboa, 2013).

Em 1983, inaugurou-se o Centro de Apoio pelo Trabalho, atualmente conhecido como **Centro de Formação Profissional**, com o principal objetivo de dar respostas aos clientes que pretendiam ingressar no mercado de trabalho, trabalhando-se os seus potenciais e expectativas face a essa realidade (CERCILisboa, 2013).

Em 1996, foram inaugurados o Núcleo de Atendimento e Acessibilidade (NAACE) – agora designado por **Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação da Pessoa com Deficiência (CAAAPD)** - e a empresa de Malhas CERCILIS, Lda, - extinta em 2006 - com o intuito de intervir a nível social, através de parcerias com a comunidade, com apoio técnico personalizado (CERCILisboa, 2013).

Em 1997 foi criado o “Projeto Comunitário de Intervenção Precoce”, ou atualmente **Intervenção Precoce na Infância**, resposta social destinada a crianças até aos 6 anos de idade e respetivas famílias (CERCILisboa, 2013).

Em 1998, segundo a mesma fonte, foi implementado o “Projeto de Parceria em Rede”, hoje **CRI – Centro de Recursos para a Inclusão**, com o objetivo de promover a inclusão na escola, encerrando-se a escola de ensino especial e passando a intervir diretamente nas escolas, através de protocolos realizados com o Ministério da Educação.

Em 1999, inaugurou-se o **Lar Residencial**, permitindo acolher os clientes da CERCILisboa, permanente ou temporariamente, dependendo das necessidades apresentadas neste âmbito (CERCILisboa, 2013).

Foram criados também o **Departamento de Formação e Desenvolvimento de Ativos**, que visa promover e implementar sistemas de formação para o desenvolvimento de competências profissionais dos colaboradores, e o **Departamento de Gestão da Qualidade**, com o objetivo de implementar e dinamizar um sistema de gestão integrado num referencial de qualidade assente na melhoria contínua das suas práticas (CERCILisboa, 2013).

Em 2010, a CERCILisboa cessou a resposta social do **Programa de Apoio Domiciliário** por se revelar na comunidade elevada oferta de serviços semelhantes (CERCILisboa, 2013). Neste programa, a preocupação principal era assegurar as condições para realizarem as suas atividades de vida diária e necessidades primárias. Em Maio de 2011, a CERCILisboa foi certificada com a marca EQUASS (European Quality in Social Services), nível Assurance marca europeia de qualidade para os serviços sociais (CERCILisboa, s.d.).

Após o enquadramento histórico da CERCILisboa, será importante, de seguida, apresentar a Visão, Missão e Valores à qual ela se rege.

Visão, Missão e Valores

A CERCILisboa visa ser uma entidade de referência no âmbito da inclusão social, proporcionando melhor qualidade de vida aos seus clientes e oportunidades diferentes para conviver e se relacionarem, quer entre clientes, quer com a comunidade em geral, e, para tal, a sua **missão** é contribuir para a qualidade de vida das pessoas com DID e/ou Multideficiência, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de atividades, através do fomento de uma comunidade de práticas orientadas pelo otimismo, motivação e pela não discriminação (CERCILisboa,

s.d.). Os principais **valores** que esta organização destaca na sua prática diária são (CERCILisboa, s.d.):

- *Otimismo*: todas as tarefas são realizadas com atitude positiva e os desafios encarados como oportunidades;
- *Dedicação*: é esperado interesse, empenho e dedicação durante a execução do trabalho;
- *Ética*: é assumido um compromisso insubstituível face a cada ação que se integra ao longo de todas as atividades desenvolvidas;
- *Flexibilidade*: cada situação é única e, como tal, é necessário compreender e atuar consoante a sua origem e as suas consequências;
- *Determinação*: esta atitude persistente face aos objetivos finais é vista como uma das principais características da prática exercida pelos profissionais da CERCILisboa;
- *Ousadia*: relativamente à inclusão dos clientes na sociedade, sendo que se pretende que este valor seja alcançado sob a forma mais inovadora e personalizada;
- *Democracia*: valor pelo qual se regem as práticas aplicadas pela organização, e que tem como objetivo defender os direitos humanos dos clientes da organização, bem como as oportunidades de participação numa vida ativa dos mesmos.

Neste momento, torna-se relevante apresentar as políticas organizacionais que permitem atingir esses objetivos, pelo que serão abordadas de seguida.

Políticas Organizacionais

A CERCILisboa rege-se por cinco políticas organizacionais que, tendo em consideração os valores que defende, são fundamentais para alcançar a sua missão (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013):

- A **Política de Qualidade** pretende assegurar a satisfação das necessidades e a promoção da qualidade de vida dos clientes da CERCILisboa, respeitando a sua individualidade e os seus direitos fundamentais, com profissionais qualificados e motivados para a sua função, pro-ativos na melhoria contínua dos processos definidos e numa perspetiva de abertura à comunidade;
- A **Política de Recursos Humanos** objetiva assegurar a satisfação e motivação dos colaboradores, um clima organizacional positivo e a estabilidade das equipas, sendo garantidos aos colaboradores alguns compromissos como: *recrutamento e seleção* (i.e. as práticas de recrutamento contribuem para a seleção de colaboradores com formação humana coerente com os valores da CERCILisboa e com conhecimentos e competências consistentes com o perfil funcional definido), *igualdade de*

oportunidades e não discriminação (i.e. todos os colaboradores são tratados com igual respeito pelos seus direitos fundamentais e reconhecidos enquanto pessoas/cidadãos, com direitos e deveres e que nenhum colaborador será alvo de qualquer tipo de discriminação, beneficiado ou prejudicado, pelas suas características pessoais e/ou culturais), *ética* (i.e. um ambiente de trabalho transparente, assente em princípios éticos transversais a toda a Organização e a qualquer colaborador), *reconhecimento* (do esforço individual para cumprir a missão da sua função, a dedicação e o empenho promovendo a reflexão individual e partilhada com cada colaborador sobre o desempenho das suas funções, o seu impacto nos serviços prestados e perspetivando o futuro através da definição dos objetivos individuais mensuráveis), *formação* (adequada e permanente que contribua claramente para o desenvolvimento de conhecimentos e competências), e *participação* (i.e. a gestão, potenciadora da melhoria contínua, onde a opinião dos colaboradores é valorizada, apostando na partilha de ideias e no diálogo como ferramentas essenciais para a motivação);

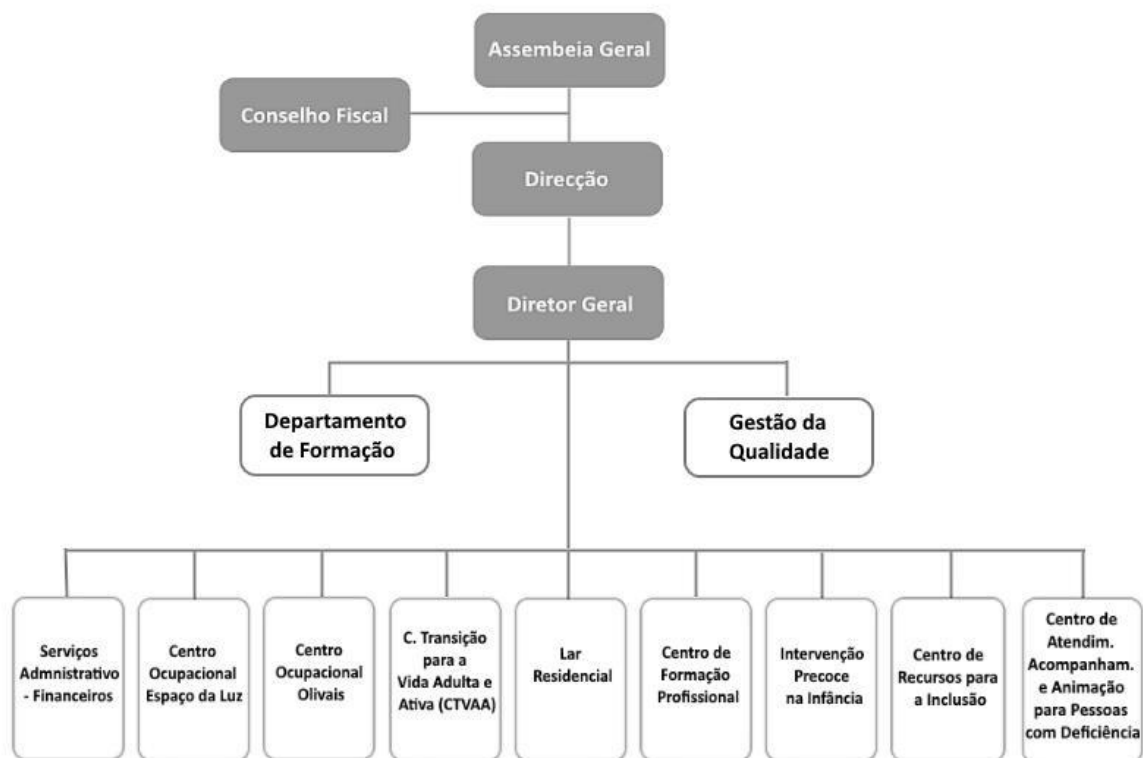
- A **Política de Confidencialidade** da CERCI Lisboa garante a confidencialidade das informações (dados pessoais) de cada cliente durante todo o processo terapêutico, uma vez que a transparência do processo, a reserva da vida privada e dos seus direitos são os princípios da ação desta organização;
- A **Política de Prevenção do Abuso e Maus Tratos** visa garantir a dignidade e a integridade moral e física de todos, proporcionando um ambiente harmonioso e estimulante, agindo assertivamente nas situações de maus tratos, tendo sido definido um Protocolo de Atuação para a prevenção e atuação em situação de suspeita/verificação de uma situação de maus tratos, para além de se analisar e refletir anualmente sobre os fatores de risco e de e proteção; e
- A **Política de Participação e Envolvimento de Clientes** assume que a capacidade de tomar decisões é específica a cada situação e não pode ser generalizada, sendo garantida a utilização de diversificadas formas de comunicação que potenciem a compreensão da situação e a tomada de decisão; É assumida a ambição dos clientes em influenciarem o rumo das suas próprias vidas, incentivando-os a fazer escolhas e a tomar decisões nas situações que os envolvem diretamente, garantindo que cada decisão tenha por base um conhecimento sobre os seus interesses e as suas preferências.

Funcionamento/Organograma

O Organograma Funcional (Tabela 1), representa a estrutura formal da organização interna e as principais relações funcionais existentes entre os profissionais

da CERCILisboa, exibindo os principais cargos de chefia e a forma como se articulam com as respostas sociais/ serviços (CERCILisboa, s.d.).

Tabela 1 - Organograma Funcional da CERCILisboa (CERCILISBOA, s.d.)



Em seguida, serão apresentadas as respostas sociais e os serviços que a CERCILisboa dispõe (CERCILISBOA, s.d.):

Respostas Sociais e Serviços

A CERCILisboa dispõe de seis tipos diferentes de serviços, destinados às diferentes necessidades apresentadas pelos clientes e visam uma intervenção personalizada para a obtenção de uma melhor Qualidade de Vida dos clientes, esses serviços são (CERCILisboa, s.d.):

- **Intervenção Precoce na Infância:** destina-se a crianças até aos 6 anos de idade com perturbações nas funções ou estruturas do corpo que limitem a participação em atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave para o desenvolvimento, bem como para as suas famílias; é composto por uma equipa transdisciplinar com profissionais de várias áreas (e.g.: terapeutas da fala, terapeutas

ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas e técnicos de serviço social). O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas;

- **Centros de Recursos para a Inclusão (CRI):** destina-se aos Agrupamentos de Escolas com Planos de Ação com a CERCI Lisboa e toda a sua comunidade educativa, bem como aos alunos sinalizados com Necessidades Educativas Especiais (NEE) de carácter permanente que estejam inscritos e que frequentem a escola regular pública ao abrigo do Decreto lei n.º 3/2008 (normativo que preconiza a inclusão de alunos com NEE nas escolas de ensino regular). Este serviço dispõe de uma equipa técnica experiente e multidisciplinar composta por Psicólogos, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Educadores Sociais e Psicomotricistas que trabalham em conjunto para a inclusão de crianças com NEE na escola, em atividades sociais e formativas, bem como a promoção de competências ao nível da vida autónoma;
- **Centros de Atividades Ocupacionais (CAO):** A CERCI Lisboa dispõe de três CAO: o CTVAA – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa – em Marvila, o Centro Ocupacional dos Olivais, em Santa Maria dos Olivais e o Centro Ocupacional do Espaço da Luz, em Carnide; estes espaços destinam-se a jovens e adultos com mais de 16 anos, com DID, com limitações ao nível da atividade e participação, e/ou Multideficiência; e visam apoiar os clientes no desenvolvimento do seu Projeto de Vida, incentivando-os a fazer escolhas e a tomar decisões sobre a sua própria vida, tendo em conta as necessidades, potenciais e expectativas de cada um; neste âmbito, a CERCI Lisboa apresenta um leque variado de atividades que se podem agrupar em (CERCILisboa, s.d.):
 - ✓ **Atividades Lúdico-Terapêuticas:** visam a ativação físico-funcional e a estimulação sensorial;
 - ✓ **Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social:** visam promover as competências de relacionamento interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, cidadania e participação social;
 - ✓ **Atividades Sócio-Culturais:** atividades de carácter geral, de âmbito lúdico-recreativo, desportivo, cultural, social, festivo ou formativo;
 - ✓ **Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana:** atividades básicas de higiene pessoal, vestuário e refeição, domésticas e gerais da vida diária;
 - ✓ **Atividades Estritamente Ocupacionais:** atividades realizadas no âmbito do processo de transformação de matérias-primas (nomeadamente, reaproveitamento de materiais) em produtos finais; e,

- ✓ **Atividades Socialmente Úteis:** que têm como objetivo a valorização pessoal do cliente e o máximo desenvolvimento das suas capacidades no sentido da promoção da sua autonomia e/ou facilitar a possível transição para programas de inserção socioprofissional.

O funcionamento destes espaços é possível graças à equipa técnica multidisciplinar, composta por Psicólogos, Assistentes Sociais, Psicomotricistas, Terapeutas, Educadores e Monitores de Atividades Ocupacionais, que se encontram distribuídos pelas diversas salas existentes. Estes CAO funcionam de segunda a sexta-feira, das 9 às 17 horas (CERCILisboa, s.d.). Segundo a mesma fonte, a admissão aos CAO da CERCI Lisboa está sujeita aos procedimentos de candidatura e às condições de admissão definidas;

- **Centro de Formação Profissional:** foi criado para dar respostas aos clientes com DID que pretendem aceder a um nível de qualificação específica facilitadora da integração no mercado de trabalho; no âmbito da Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiência e Incapacidades, do Instituto do Emprego e Formação Profissional, realizam-se ações de Formação Profissional Inicial que têm como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais orientadas para o exercício de uma atividade no mercado de trabalho; neste centro existem os seguintes cursos: operador de acabamento de madeira e mobiliário, cozinheiro, estofador, operador de jardinagem e acompanhante de crianças (CERCILisboa, s.d.). O Programa de Emprego e Apoio à Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades (PEAQPDI) abrange outras ações que são aqui desenvolvidas e que propõem a existência de apoios no meio profissional através de (CERCILisboa, s.d.): *Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego* - tem como principais objetivos apoiar as pessoas com deficiências, inscritas nos Centros de Emprego na tomada de decisões vocacionais adequadas à sua inserção; *Apoio à Colocação* – tem como principais objetivos promover a inserção no mercado de trabalho das pessoas com deficiências, empregadas e desempregadas mas inscritas nos Centros de Emprego através de um processo de mediação com as entidades empregadoras; e *Acompanhamento Pós-colocação* - tem como objetivo apoiar a manutenção no emprego e a progressão na carreira das pessoas com deficiências trabalhadores por conta própria ou de outrem;
- **Lar Residencial:** dá, diariamente, resposta a 20 clientes, com mais de 16 anos, com DID e/ou Multideficiência, com limitações consideráveis ao nível da autonomia e participação em diferentes atividades de acordo com os objetivos estabelecidos no

Projeto de Vida de cada cliente (CERCILisboa, s.d.): *Atividades Socioculturais*, onde se pretende que os clientes dêem o seu contributo a nível recreativo, desportivo, formativo, social e cultural e, *Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana*, onde se trabalham atividades básicas (vestir, autonomia na higiene pessoal e refeições) e *Atividades Domésticas e Gerais de Vida Diária* (abrir portas, manusear chaves e dinheiro, telefonar, ser responsável pelos seus pertences, escrever, entre outros - CERCILisboa, s.d.). Este serviço funciona durante a semana, das 17 às 9 horas, e aos fins-de-semana e feriados funciona 24h (CERCILisboa, s.d.);

- **Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação da Pessoa com Deficiência (CAAAPD)** surge para informar, orientar e apoiar pessoas com DID e/ou Multideficiência, e respetivas famílias, na resolução de situações de vida, realçando o direito à participação no processo de tomada de decisão, promovendo a sua capacitação para a procura de soluções que respondam às necessidades apresentadas e favorecendo a sua inclusão social (CERCILisboa, s.d.). Para tal procura-se informar/sensibilizar a comunidade em geral sobre a deficiência e questões associadas, promovendo uma mudança de atitude (CERCILisboa, s.d.). Este centro dispõe ainda de *Apoio Jurídico*, onde os clientes são acompanhados e aconselhados em processos jurídicos e, o *Apoio Social*, onde há esclarecimentos e, se necessário, acompanhamento na resolução de situações-problema (CERCILisboa, s.d.). Relativamente à intervenção, esta é realizada por profissionais especializados, através de um acompanhamento individualizado e personalizado, tendo sempre em conta as necessidades e expectativas de cada cliente (CERCILisboa, s.d.).

De seguida será apresentado com maior pormenor o CTVAA – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa – uma vez que foi o local onde a estagiária realizou o seu Estágio.

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa - CTVAA

O Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) é, como referido anteriormente, um dos três CAO da CERCI Lisboa que foi fundado, em 1976 em Marvila, tendo sido inaugurado posteriormente um novo espaço para este centro a 2 de Março de 2004, na Av.^a Avelino Teixeira da Mota, Lote E 1950-033 Lisboa (Coordenadas GPS: 38.752661º-9.120651º). Atualmente, neste espaço também se encontra a sede da CERCI Lisboa bem como o Lar residencial (CERCILisboa, s.d.).

O CTVAA rege-se atualmente pelo Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de Janeiro, que preconiza as atividades ocupacionais como uma modalidade de ação social, exercida pelo sistema de segurança social, que visa a valorização pessoal e a integração social de

peessoas com necessidades extensivas e permanentes de apoio, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades, sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral, sendo os seus objetivos: estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com dificuldades; facilitar a sua participação social e integração socioprofissional, sempre que possível, o Despacho n.º52 de 16 de Julho de 1990, que visa aprovar as normas reguladoras dos aspetos referidos no art. 16.º do decreto anterior, considerados indispensáveis para a eficácia deste tipo de resposta, designadamente no que diz respeito à criação e funcionamento dos serviços e estabelecimentos que desenvolvam atividades ocupacionais; e a Portaria n.º432 de 3 de Maio de 2006 que regulamenta o exercício das atividades socialmente úteis (CERCILisboa, s.d.).

Este centro abrange, atualmente, 106 clientes, 61 do género masculino e 45 do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 55 anos, sendo possível receber, no entanto, indivíduos a partir dos 16 anos, com DID e/ou Multideficiência, com limitações na atividade ou participação (CERCILisboa, s.d.). Segundo informações fornecidas pela Psicóloga da instituição, de momento, frequentam no CTVAA oito clientes com diagnóstico de Trissomia 21, um cliente com diagnóstico de Síndrome de Prader-Willi, quatro com diagnóstico de Paralisia Cerebral, um com diagnóstico de Síndrome de Angelman, seis clientes com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, um com diagnóstico de Síndrome de Nonnan, cinco clientes com duplo diagnóstico (DID e doença mental) e 80 clientes com diagnóstico não identificável, dos quais três utilizam aparelho auditivo.

Como especificado anteriormente, as atividades dos CAO, incluindo assim o CTVAA, podem ser agrupadas em seis tipos de atividades diferentes, pelo que em seguida se apresenta, de forma resumida, o que se trabalha em cada uma delas neste centro: *Atividades Estritamente Ocupacionais* – referem-se ao trabalho desenvolvido nas salas, onde são produzidos determinados produtos finais, pela transformação de matérias-primas ou reaproveitamento de diversos materiais, nestas atividades a estagiária teve a oportunidade de observar e de colaborar sempre que necessário; *Atividades Socialmente Úteis* – dizem respeito à limpeza e manutenção dos espaços interiores e exteriores, lavandaria, jardinagem e cozinha, entre outras; *Atividades Lúdico-Terapêuticas* – tais como Atividade em Meio Aquático, Atividade Motora, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Estimulação Sensorial e Snozelen, Expressão Dramática, Dança e Música Tradicional, Psicologia e Serviço Social, a estagiária teve a oportunidade de

observar todas as atividades e interveio, frequentemente, na Atividade em Meio Aquático e na Atividade Motora; *Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social e Atividades Socioculturais* – referem-se ao Teatro, Dança, Bombarte, Vela e canoagem, Intercentros, etc., a estagiária apesar de ter observado todas estas atividades interveio até Dezembro na atividade de vela e canoagem com frequência semanal, e em todas as atividades de intercentros que ocorriam no seu horário. Cada atividade é desenvolvida tendo em consideração a avaliação inicial das necessidades, potenciais e expectativas de cada indivíduo, a partir da qual é elaborado um Plano Individual de Intervenção, que formaliza, organiza e operacionaliza as respostas às necessidades e potenciais do cliente. Esta avaliação, e de acordo com as informações prestadas pelas orientadoras locais, acontece de 3 em 3 anos, sendo revista anualmente para possíveis adaptações.

Relativamente aos Recursos Humanos, este centro dispõe de uma equipa multidisciplinar que colabora entre si no sentido de promover o desenvolvimento de cada cliente, nas mais diversas áreas de intervenção. De acordo com as informações prestadas pela Psicóloga da instituição, essa equipa é composta por: uma diretora técnica, uma diretora geral, três educadoras, duas técnicas de reabilitação, uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma assistente social, três terapeutas ocupacionais, oito auxiliares pedagógicas e seis monitoras.

Em relação ao espaço físico, e através da observação direta, o CTVAA oferece diversos espaços exteriores e interiores, sendo um espaço acessível que dispõe de elevador, composto por seis salas ocupacionais (cada uma com WC), sala de snoezelen, sala de estimulação, sala de oficina de artes, refeitório, sala de convívio, ginásio e respetivos balneários, entre outros. É no ginásio do CTVAA que decorrem as intervenções de Atividade Motora, sendo este um espaço amplo, com boa luminosidade natural, e boa acessibilidade, com rampas e escadas. É constituído por um campo 10x16,3 metros, com marcas no piso das principais modalidades desportivas (futebol, basquetebol, voleibol e andebol), duas balizas, duas tabelas de basquetebol e rede a meio do campo (removível). É ainda disponibilizado uma grande variedade de material como bolas de várias modalidades com vários tamanhos e pesos, arcos, raquetes de badminton, pinos, colchões de vários tamanhos, cestos de corfebol, mesas de ping-pong, trampolim, etc.

Foi possível observar que no espaço do CTVAA estão expostos diversos trabalhos realizados pelos clientes, bem como diplomas e informações importantes relacionados com o centro, como o historial da CERCI Lisboa, a Carta de Direitos e Deveres dos Clientes, o seu regulamento Interno, Código de Ética, O Jornal Vida Ativa

desenvolvido no Centro, as diferentes Políticas da organização de Qualidade, de Confidencialidade e de Recrutamento, bem como outros trabalhos e fotografias dos clientes do centro.

A Carta de Direitos e Deveres (Anexo A) foi elaborada em 2010 pelo Grupo de Participação de Clientes, que representa todos os clientes da CERCI Lisboa, tendo sido consultada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, das Nações Unidas, em linguagem fácil (CERCILisboa, 2010). Esta surgiu com a missão de contribuir para a qualidade de vida dos clientes da CERCI Lisboa e com a vontade expressa de ser uma referência no âmbito da sua inclusão, promovendo a consciência da existência de direitos e de deveres e facilitar a sua expressão no dia-a-dia (CERCILisboa, 2010). Assim, os principais direitos são: a liberdade de expressão, informação, participação, apoio dos técnicos, intimidade/sexualidade, igualdade de oportunidades, autonomia e qualidade de vida; e os deveres são: a responsabilidade, respeitar todos, ajudar o outro e cumprir regras (CERCILisboa, 2010).

De acordo com as informações fornecidas por vários funcionários do CTVAA, quanto aos Recursos Materiais, a CERCI Lisboa dispõe de três viaturas de transporte (carrinhas), uma delas adaptada para transporte de cadeiras de rodas, possibilitando a deslocação dos clientes entre o seu local de residência e o centro, entre o centro e a piscina, bem como para possíveis atividades dinamizadas no exterior do centro. É de salientar que os clientes mais autónomos se deslocam de forma independente em transportes públicos diariamente para o centro, e outros contam com o apoio das famílias.

Outra das informações observadas, e tal como referido anteriormente, o centro dispõe de 6 salas ocupacionais, estando os clientes distribuídos por essas salas, onde o trabalho difere essencialmente no tipo de materiais utilizados para a transformação, de acordo com os objetivos do seu projeto de vida. A distribuição é feita independentemente das competências e do nível de dificuldades individuais, constituindo-se assim espaços e ambientes de partilha de experiências e contacto com as diferenças de cada um, promovendo e incentivando a inclusão de forma harmoniosa, bem como a interajuda. Relativamente aos trabalhos realizados nas salas, todos os clientes participam na sua conceção, uns realizando as atividades mais simples, como cortar/rasgar papel para fazer pasta de papel, e outros realizam atividades mais complexas como pintar, escrever, etc..

Existem outras atividades como o Jornal Interno, realizado pelo grupo de participação e de debate, com o intuito de informar os restantes clientes sobre as

atividades, novidades e visitas realizadas no e pelo CTVAA. Anualmente, são organizadas atividades e eventos temáticos que assinalam épocas específicas e que envolvem todos os clientes, colaboradores, famílias e comunidade em geral (e.g.: Festa de Natal, campanhas de angariação de fundos – como o Pirilampo Mágico - , convívios, etc.).

Ainda de acordo com as informações recolhidas através dos técnicos e funcionários, para além destas atividades, em momentos agendados ao longo do ano, ocorrem vários encontros, intercentros, numa parceria entre várias instituições nos quais, cada uma organiza e dinamiza momentos de atividades marcados pela partilha de experiências, convívio entre técnicos e clientes, e uma fuga à rotina.

Existe também o Grupo de Participação de Clientes, constituído por 21 clientes dos vários CAO, que tem como objetivo geral potenciar a participação ativa dos clientes na CERCI. Na implementação deste Grupo foram assumidos pressupostos inerentes à **Auto-Representação** (capacidade que qualquer Ser humano informado tem para se expressar e tomar decisões acerca de assuntos que directamente o afetam - CERCILisboa, s.d.), **Apoio**, confiança e informação a todos os membros para desenvolver as suas competências de tomada de decisão, **Tomada de consciência** dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, e, desenvolver **ligações colaborativas** entre pares. As dinâmicas deste grupo são reuniões parciais (semanais), reuniões alargadas (mensais), reunião geral de clientes, reunião com direção/diretor geral e encontro informal de clientes (CERCILisboa, s.d.).

A CERCI Lisboa acredita que a abertura para a sociedade proporciona experiências e vivências que são importantes para os clientes, uma vez que podem interagir com pessoas da comunidade. Assim, a instituição mantém um protocolo com o Complexo Desportivo do Casal Vistoso, que permite a utilização da piscina, todos os dias úteis semanais, para a realização das atividades em meio aquático. De seguida será feita uma breve descrição deste espaço bem como do trabalho que lá é desenvolvido.

Complexo Desportivo do Casal Vistoso

O Complexo Desportivo do Casal Vistoso pertence à Câmara Municipal de Lisboa e situa-se na zona do Areeiro (Câmara Municipal de Lisboa, 2015), relativamente próximo das instalações do CTVAA, embora as deslocações se façam com recurso aos transportes da instituição. Este complexo funciona de segunda a sexta-feira das 8h00 às 21h30, Sábados das 8h00 às 19h00 e Domingos e feriados das 9h00 às 19h00, com diversas atividades como aquafitness, hidroginástica, natação e utilização livre, e engloba um pavilhão desportivo e piscina (Câmara Municipal de Lisboa, 2015). Estas instalações

possuem acessibilidades adequadas para pessoas com mobilidade reduzida, balneários adaptados, escadas de acesso à piscina e um elevador hidráulico (Câmara Municipal de Lisboa, 2015).

A piscina tem uma dimensão de 25m x 20m, profundidade de 1,20m e capacidade para uma divisão em 10 pistas (Câmara Municipal de Lisboa, 2015). A profundidade permite que qualquer cliente consiga percorrer a piscina na posição vertical sem perigo ou insegurança. Em termos de recursos materiais, a piscina está dotada de vários materiais e equipamentos de apoio às aulas como colchões de vários tamanhos e formas, rolos, pranchas, entre outros materiais. Esta piscina é utilizada todas as manhãs pelos clientes e técnicos do CTVAA, nas sessões de atividade em meio aquático, onde o trabalho se realiza tanto dentro de água como nos balneários (promovendo a organização e autonomia dos clientes). A equipa que desenvolve as atividade em meio aquático é constituída por duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação, uma Terapeuta Ocupacional e vários monitores.

Em seguida, será apresentada a população-alvo com que a estagiária interveio, onde se parte de uma revisão da literatura sobre as principais temáticas inerentes à caracterização dos diagnósticos apresentados (e.g.: definição, critérios de diagnóstico, etiologia, características...) para em seguida se fazer a relação com os clientes.

2. Caracterização da População-Alvo

O próximo capítulo dedica-se à caracterização da população-alvo da CERCI Lisboa, mais especificamente do CAO CTVAA, local onde foi realizado o estágio curricular. Como referido anteriormente, este centro destina-se a sujeitos a partir dos 16 anos de idade com DID e/ou Multideficiência, pelo que se procedeu à revisão da literatura existente sobre a DID e sobre Síndrome de Noonan (diagnóstico do estudo de caso), para posteriormente se proceder à relação com os casos reais que frequentam o referido centro. Numa primeira fase será apresentada uma visão alargada do conceito de DID sendo abordadas as questões relativas à evolução e abordagem atual deste conceito, diagnóstico, classificação, etiologia e as principais características. Posteriormente serão abordados os mesmos tópicos (à exceção da classificação) em relação à Síndrome de Noonan.

Definição e Diagnóstico (DID)

Decorrente da mudança de paradigma (Schalock et al., 2010) foi proposta em Portugal uma nova terminologia, para a então *Deficiência Mental*, com o objetivo de mudança de atitudes face às pessoas com DID, colocando a tónica não nas dificuldades individuais mas antes na qualidade de interação entre a pessoa e o seu contexto, evitando a estigmatização e possibilitando a aprendizagem e a evolução da pessoa, com a adequação dos apoios (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato 2012b).

A DID é definida como uma perturbação do desenvolvimento que surge até aos 18 anos e se caracteriza por limitações ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, evidentes nos domínios conceptual, social e prático (APA, 2013; Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010). Os autores continuam a reforçar a necessidade de ambos os critérios (QI e CA) serem avaliados através de instrumentos validados, e os seus valores têm de ser dois desvios padrão abaixo da média para que se considere que existem limitações a este nível.

Ainda neste âmbito, Schalock et al. (2010), advogam que: 1) as limitações no funcionamento do indivíduo têm de ser analisadas no contexto ecológico e de acordo com as expectativas culturais dos pares da mesma idade; 2) a avaliação deve ter em conta a diversidade cultural, linguística e as diferenças existentes ao nível de fatores comportamentais, sensoriais, motores e de comunicação; 3) qualquer indivíduo caracteriza-se não só pelas suas limitações mas também pelas suas capacidades; 4) é

importante que haja a identificação e descrição das limitações do indivíduo para que se possa construir um plano das necessidades de apoio e 5) se o indivíduo com DID receber os apoios adequados e individualizados, durante um certo período de tempo, o seu funcionamento irá melhorar.

Classificação (DID)

A classificação rigorosa e adequada de DID é importante a nível dos subsídios e benefícios financeiros (e.g.: reembolso e financiamento para a intervenção), na seleção e provisão dos serviços e apoios necessários, e para facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais (Schalock et al., 2010). Encontra-se associada à DID uma abordagem cada vez mais ecológica, fundamentada no paradigma de apoios e na participação social como direito, surgindo uma série de políticas e práticas atuais mais abrangentes, não se ficando apenas pela avaliação do QI (Schalock et al., 2010) e pela consequente classificação baseada exclusivamente pelo nível da severidade das limitações (APA, 2013). Thompson et al. (2004) apresentam um sistema de classificação baseado nas necessidades de apoios em detrimento da classificação baseada exclusivamente nos níveis de inteligência (ligeira, moderada, grave e profunda APA, 2013):

1. **Apoios intermitentes:** esporádicos e descontinuados, com uma intensidade baixa ou alta, ou seja, a prestação de apoios é necessária apenas em determinados períodos da vida do indivíduo (e.g. períodos de transição);
2. **Apoios limitados:** de natureza contínua, apesar de limitada a um período de tempo, e de intensidade constante, verificando-se principalmente nos períodos críticos da vida do sujeito;
3. **Apoios extensivos:** também contínuos, no entanto, não estão limitados por um período de tempo limitado, havendo a necessidade de uma prestação diária num contexto específico; e
4. **Apoios perversivos:** ou constantes e permanentes ao longo do tempo, com elevada intensidade, sendo o tipo de apoio mais intrusivo.

Etiologia (DID)

Schalock et al. (2010) consideram o conhecimento da etiologia como um ponto importante pois a DID pode estar associada a comorbilidades que irão afetar o funcionamento individual, podendo, assim, proceder-se a atos de prevenção ou identificação precoce o que poderá facilitar o seu tratamento (Harris, 2010). Estas

informações etiológicas permitem o aconselhamento genético, promovendo as escolhas e a tomada de decisões da família, agilizam as redes de apoio, permitem a clarificação de questões clínicas para a oferta de serviços, e permitem compreender a relação existente entre as causas e as estratégias a utilizar, entre outros (Harris, 2010; Santos e Morato, 2002).

Até ao momento não se conhece uma causa única para o aparecimento da DID – em cerca de 50% dos diagnósticos as causas são desconhecidas existindo vários fatores que podem estar na sua origem (Jacobson, Mulick e Rojahn, 2007). Schalock et al., (2010), tendo por base uma abordagem multifatorial, identificam vários fatores: **biomédicos** - associados a processos biológicos (e.g.: alterações genético-cromossómicas, prematuridade, traumatismo no parto e perturbações neonatais), **sociais** (e.g.: relações sociais e familiares, estatuto socioeconómico, falta de cuidados pré-natais), **comportamentais** (e.g.: comportamentos potencialmente perigosos/ prejudiciais, como o abuso de substâncias tóxicas por parte da mãe); e **educacionais** (relacionados com a existência de apoios educacionais que promovam o desenvolvimento intelectual e do comportamento adaptativo, falta de apoios, entre outros).

Estes fatores são ainda classificados conforme a altura em que ocorrem: pré-natais (antes do nascimento), perinatais (durante o parto) ou pós-natais (depois do nascimento – Schalock et al., 2010). Através desta abordagem que organiza as causas das DID e a sua temporalização, é possível a descrição dos fatores de risco que influenciam o funcionamento dos indivíduos permitindo depois criar estratégias para o apoio do indivíduo e da sua família (Schalock et al, 2007a).

Por último, torna-se essencial conhecer e compreender as suas principais características apesar da heterogeneidade fenotípica e comportamental.

Características (DID)

Os indivíduos com DID constituem uma população heterogénea, apesar da existência de características comuns, com impacto e manifestações diferentes na vida diária (Santos e Morato, 2002; Santos, 2010). Uma das principais características diz respeito a um desenvolvimento mais lento comparativamente aos pares da mesma idade (Schalock e Luckasson, 2004), afetando vários domínios das suas vidas.

No **domínio cognitivo**, observam-se dificuldades ao nível do processamento de informação (inferior e superior) que leva a disfunções no processamento automático e superior (Fonseca, 2001b). Apresentam, também, limitações na capacidade de manter a

atenção, nomeadamente dificuldades na seleção, focagem e fixação de informação (Schalock e Luckasson, 2004), na aprendizagem de conceitos abstratos e na capacidade de memorização, apresentando dificuldades em registar, rechamar e reutilizar a informação (WHO, 2007). Quanto ao nível da autorregulação, verificam-se dificuldades em regular, controlar, planificar, verificar e avaliar condutas ou em ampliar estratégias de metacognição (Baker, 1984 e Whitman, 1990, cit in Fonseca, 1995).

Em relação às funções executivas, Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg (2012) concluem através do seu estudo que crianças com DID apresentam um desempenho semelhante aos pares ao nível da mudança, memória de trabalho executiva verbal e na maioria das tarefas de fluência, mas apresentam um desempenho inferior ao nível da inibição, planeamento e memória de trabalho executiva não-verbal. As crianças com DID têm um perfil específico de funcionamento executivo (Danielsson et al., 2012), e o desenvolvimento dos diferentes tipos de habilidades de funcionamento executivo pode estar relacionada, embora em diferentes graus, com a experiência. Este conjunto de dificuldades afetam a capacidade de julgamento, tomada de decisões e resolução de problemas, que conjugadas com as limitações da linguagem conduzem a dificuldades na aprendizagem (e.g.: leitura, escrita e cálculo – Fonseca, 1999). As dificuldades no âmbito da resistência à frustração associadas a um baixo nível motivacional foram, igualmente, apontadas por WHO (2007) e Condillac (2009).

Nas questões da **linguagem** verificam-se dificuldades na linguagem percetiva, integrativa e expressiva (Van der Schuit, Segers, Van Balkom e Verhoeven, 2011), na integração e elaboração semântico-sintática, apresentando, também, um vocabulário reduzido e um discurso pouco fluente e impreciso (Fonseca, 2001a; Van der Schuit, et al. 2011). Na área da comunicação, as pessoas com DID apresentam, muitas vezes, problemas ao nível da fala e da sua compreensão e no ajustamento social (Gerenser e Rehfeldt, 2009; Schlosser, Sigafoos, Rothschild, Burke e Palace, 2009).

Todo este conjunto de características irá influenciar o desempenho individual ao nível da interação com os outros, do estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, adoção de comportamentos agressivos face ao próprio e a terceiros, de comportamentos estereotipados, entre outros (Bodfish, 2009; Matson e Laud, 2009; Santos e Morato, 2002; Sukhodolsky e Butter, 2009) podendo originar situações de isolamento social e diminuição da qualidade de vida (Condillac, 2009). Estas dificuldades nas **competências sociais** resultam dos problemas existentes ao nível cognitivo e afetivo, interferindo na compreensão e descodificação do significado de determinados

comportamentos originando desajustamentos. Podem ser observadas dificuldades ao nível das funções sociais, estabelecimento de vínculos afetivos, desenvolvimento de autoconceitos e interações sociais estáveis (Schalock e Luckasson, 2004), afetando a qualidade da relação com a comunidade (Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk e Wojtanowski, 2012). As dificuldades cognitivas, como já foi referido, influenciam a elaboração da sua imagem corporal, o que cria conflitos interiores que impedem uma correta organização mental das experiências relacionais vividas, criando também instabilidade emocional (Fonseca, 1995).

No que se refere especificamente ao **comportamento adaptativo**, a população com DID apresenta comportamentos menos adaptados no desempenho das tarefas da vida diária, quando comparados aos seus pares, estando comprometido, sobretudo, o domínio da autonomia (Wuang, Wang, Huang e Su, 2008). Estes resultados parecem estar relacionados com a ausência de experiências/estimulação vivenciada desde a infância, concomitantemente com um padrão de superproteção (Wuang, Wang, Huang e Su, 2008), que acarreta consequências negativas inevitáveis em termos de desenvolvimento cognitivo, que, por sua vez, influencia todas as outras áreas – motivo pelo qual o valor das pontuações resultantes da avaliação se apresentam tão baixos em domínios como as atividades económicas, domésticas e pré-profissionais (Santos e Morato, 2012a). Santos e Morato (2007) evidenciam a relação direta existente entre um “bom” desenvolvimento em termos psicomotores e a capacidade que o indivíduo tem para adotar condutas adaptativas, ultrapassar as suas dificuldades e, consequentemente, aumentar a sua funcionalidade - o que se refletirá no grau de dificuldades apresentadas nos diferentes domínios do CA.

Ao **nível psicomotor** verificam-se dificuldades na locomoção, coordenação, manipulação e praxia fina (Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013), sendo que algumas aquisições motoras (e.g.: sentar ou andar), ocorrem mais tarde que o esperado (Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Santos e Morato, 2007). Estes indivíduos apresentam ainda uma baixa coordenação motora e visual que irá afetar a realização de atividades diárias que requerem a combinação de dois atos motores (e.g. lançar e apanhar uma bola - Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Santos e Morato, 2007). Santos e Morato (2007) concluem, através da análise exploratória que realizaram, que quanto mais elevado é o grau de dificuldades apresentado, maior será o número de dificuldades encontradas ao nível do domínio psicomotor.

Ao nível psicomotor, Fonseca (1995) afirma que as componentes do processamento de informação e os fatores psicomotores estão menos disponíveis, i.e., “disfunção sistêmica nos fatores psicomotores”, na população com DID.

Fonseca (2010) refere que as dificuldades sensoriomotoras (Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010; Wuang et al., 2008) ao nível da tonicidade (e.g.: hipo e hipertonia, sincinésias) e da equilibração estão relacionadas com problemas relativos à atenção seletiva, inibição e controlo. Ao nível da lateralização as dificuldades podem levar ao comprometimento das aprendizagens simbólicas, das funções emocionais e de memória, bem como da especialização hemisférica. Quanto à noção corporal, os problemas neste fator podem levar a dificuldades no reconhecimento tátil, no reconhecimento do Eu e desorientação espacial, bem como dificuldades na representação e desenho do próprio corpo e das suas interações com o mundo exterior (Fonseca, 2010).

As dificuldades na organização espacial, a menor sensibilidade corporal, as limitações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico podem conduzir a um aumento significativo do risco de queda (Jankowicz-Szymanska et al., 2012). A fraca consciencialização e representação corporal, e os problemas ao nível da regulação e da vigília conduzem a dificuldades na planificação e execução motora (Fonseca, 2001b).

As limitações visíveis ao nível da estruturação espaço-temporal podem levar a dificuldades ao nível dos processos de “análise, integração e memória”. Ainda a nível psicomotor, é possível observar na população com DID, nas componentes de execução, menor precisão e maior lentidão, conduzindo a problemas de expressão e processamento (e.g. dismetrias, discronias e dispraxias – Fonseca, 2010). Uma outra característica consiste na “desmelodia cinestésica do ato motor” que engloba a hipotonia, hipertonia, paratonia, sincinesias, fraca integração dos dados espácio-temporais, representação dissomatognósica, desplanificação da ação, entre outros, que levam então a uma disfuncionalidade da corporalidade e da motricidade (Fonseca, 1995).

A esta população estão, também, associadas dificuldades na representação do corpo e das suas interações com o mundo exterior. A dispraxia também característica da DID, leva a uma desestruturação cognitiva do movimento voluntário, que consequentemente afeta atenção, o processamento e planificação do ato motor. Os indivíduos com DID têm dificuldades em realizar tarefas que não sejam familiares, nem realizadas no seu dia-a-dia, e em adaptar-se a situações novas, apresentando rigidez e limitação das “rotinas mentais” (Fonseca, 1995).

No que diz respeito ao desenvolvimento físico observa-se uma diferença na velocidade do desenvolvimento e maturação (Barnhill e Kartheiser, 2007), bem como dificuldades na integração sensorial, e ainda uma diminuta capacidade de resposta e competências motoras, o que poderá ter a sua influência ao nível do desenvolvimento dos fatores psicomotores (Santos e Morato, 2012a). A presença de comportamentos estereotipados e de autoestimulação é também considerada na literatura (Fonseca, 1995). Ainda neste âmbito, há a realçar a elevada prevalência de sujeitos com DID com problemas de saúde, físicos, de comportamento e do foro da saúde mental (APA, 2013), sendo nestes casos muito importante o correto diagnóstico para que se possa identificar todos estes problemas.

Todas as características acima apresentadas fazem com que o indivíduo com DID tenha mais dificuldades na realização de atividades do quotidiano, podendo levar a uma diminuição da sua participação na comunidade e, até mesmo, a possibilidade de arranjar emprego, com repercussões ao nível da exclusão, isolamento e pouca aceitação por parte da sociedade (Jankowicz-Szymanska et al., 2012).

Correlação das características da DID com os casos observados no CTVAA

Esta abordagem permitiu um maior conhecimento sobre a DID e sua caracterização, a partir da qual se procurou conhecer melhor cada cliente, não só baseado neste saber teórico, mas contextualizando a pessoa na sua multidimensionalidade. Foi possível verificar que das características enunciadas algumas são comuns aos clientes do CTVAA: dificuldade ao nível da comunicação e linguagem com vocabulário reduzido e discurso pouco fluente e impreciso; dificuldades de concentração, memorização, tomada de iniciativa, resolução de problemas e baixa resistência à frustração. Alguns clientes apresentam dificuldades ao nível da tonicidade, equilíbrio (estática e dinâmica) e coordenação motora global. No entanto, em relação à motivação, não se encontra um paralelismo com a literatura, uma vez que existem clientes com DID que revelam pouca motivação para as atividades (habituais e novas) propostas, como clientes que se revelam muito motivados e entusiasmados para as mesmas. As dificuldades adaptativas e a necessidade de apoios são também visíveis em todos os clientes. Há também a destacar a variedade de estereotípias apresentadas, variando entre auto-estimulação e de auto/hetero-agressão.

De seguida apresenta-se a caracterização da Síndrome de Noonan, dado ser o diagnóstico apresentado pelo estudo de caso escolhido pela estagiária. À semelhança da organização da caracterização da DID, será esclarecida a definição e diagnóstico da

Síndrome de Noonan, seguindo-se a abordagem da etiologia e terminando com a especificação das características identificadas pela literatura consultada.

Definição e Diagnóstico (SN)

A Síndrome de Noonan (de agora em diante designado por SN) foi inicialmente descrita pela cardiologista pediátrica Jacqueline Noonan, em 1963, relatando nove pacientes com estenose da válvula pulmonar – i.e. “estreitamento da abertura da válvula pulmonar que provoca uma resistência à passagem de sangue do ventrículo direito para as artérias pulmonares” - associada à baixa estatura, dimorfismo facial e dificuldades intelectuais moderadas (Noonan, 1968). A SN é uma doença autossômica dominante, caracterizada por baixa estatura, dimorfismo facial típico e cardiopatia congénita (Allanson e Roberts, 2011; Van der Burgt, 2007). Allanson e Roberts (2011) acrescentam ainda as limitações no desenvolvimento que apresentam um fenótipo variável, sendo a sua prevalência semelhante em ambos os géneros.

A SN é frequentemente usada como diagnóstico diferencial em pacientes com face típica e/ou com estenose pulmonar, apesar do seu diagnóstico ser difícil, devido à grande variabilidade fenotípica, com presença de características faciais discretas e/ou na ausência de malformações cardíacas. A atenuação dos traços faciais nos indivíduos adultos é outro fator que dificulta o diagnóstico após a infância (Malaquias et al., 2008).

Em 1981, Duncan e os seus colaboradores propuseram um sistema para o diagnóstico da SN, mas a sua complexidade dificultou o seu uso recorrente e, em 1994, Van der Burgt e colaboradores, propuseram um sistema simples e eficiente com base na pontuação de critérios maiores e menores que considera a variabilidade clínica presente na SN (Tabela 2).

Tabela 2 - Critérios para o diagnóstico da SN (Van der Burgt et al., 1994)

Características	Critérios	
	Maiores	Menores
Faciais	Típica*	Sugestiva/indicadora
Cardíacas	Estenose valvar pulmonar Miocardiopatia hipertrófica	Outros
Altura	< 3 percentil	<10 percentil
Torácicas	Pectus carinatum e/ou pectus excavatum*	Alargado
Histórico Familiar	Parente de 1º grau com diagnóstico da SN	Parente de 1º grau sugestivo da SN

Tabela 2 (cont.) - Critérios para o diagnóstico da SN (Van der Burgt et al., 1994)

<i>Características</i>	<i>Critérios</i>	
	Maiores	Menores
Outros: Dificuldades intelectuais, criptorquidia*, displasia linfática.	Todos os três	Qualquer
<p>* <u>Face típica</u>: face triangular, fenda palpebral oblíqua com o ângulo esterno voltado para baixo, hipertelorismo ocular, ptose palpebral, pavilhão auricular malformado e de implantação baixa, micrognalia, pescoço alado.</p> <p>* <u>Pectus Carinatum</u>: deformidade do peito caracterizado por uma protrusão do esterno e costelas.</p> <p>* <u>Pectus Excavatum</u>: deformidade do peito caracterizada por uma depressão do esterno e costelas.</p> <p>* <u>Criptorquidia</u>: ausência de descida ou descida parcial dos testículos do abdômen para a bolsa do escroto.</p>		

De acordo com este sistema, o diagnóstico da SN é realizado em dois casos distintos: caso apresente face típica e um outro critério de maior ou dois de menores, ou caso apresente face sugestiva e dois outros critérios maiores ou três menores (Van der Burgt et al., 1994).

Etiologia (SN)

A SN tem transmissão autossômica dominante, com neomutações frequentes e expressividade variável (Noonan, 1968), e com predominância da transmissão materna (Van der Burgt, 2007). Tem uma prevalência estimada de 1:1000 – 2500 nascimentos, sendo, a síndrome não cromossômica mais frequente associado à cardiopatia congénita (Allanson e Roberts, 2011). Entre 29% a 60% dos casos é possível identificar uma mutação no gene PTPN11, sendo a mais comum na SN (Allanson e Roberts, 2011; Ferreira et al., 2008). Estas mutações produzem uma hiperativação da proteína que codifica o gene fosfatase da tirosina citoplasmática SHP2. Esta proteína intervém na via de sinalização intracelular RAS-MAPK, envolvida no controlo do crescimento, diferenciação, migração e apoptose celular (Ballesta-Martínez e Guillén-Navarro, 2010). No entanto, também se pode identificar mutações nos genes SOS1 (em 10%-17% dos casos), RAF1 (em 5%-20% dos casos) e KRAS (1%-2,5% dos casos – Allanson e Roberts, 2011; Ferreira et al., 2008).

Características (SN)

Como referido anteriormente, o fenótipo da SN é muito variado, podendo apresentar determinadas características faciais, peculiaridades ao nível do crescimento, alterações cardíacas, esqueléticas, linfáticas, entre outras (Allanson e Roberts, 2011).

Relativamente às **características faciais** típicas da SN, Malaquias et al. (2008) salientam a tendência para uma forma triangular, hipertelorismo ocular (alteração congénita em que as órbitas são grandes e afastadas e a testa é larga e baixa), ptose palpebral (relaxamento dos ligamentos ou dos meios de sustentação dos órgãos viscerais ou de estruturas anatómicas e que vão condicionar o seu deslocamento e/ou queda), fissura palpebral externa desviada para baixo, implantação baixa e rotação incompleta do pavilhão auricular, com espessamento da hélice auricular, micrognatia (maxilar inferior pouco desenvolvido ou incompleto) e pescoço curto ou alado. O filtro nasal é alargado, com base do nariz rasa e narinas antevertidas conferindo ao nariz um aspeto de pêra. Estas características faciais podem estar presentes desde o nascimento, mas atenuam-se com o avançar da idade (Van der Burgt, 2007).

Em relação ao **crecimento**, a baixa estatura afeta cerca de 70% a 83% dos pacientes (Noonan, 2006; Ferreira et al., 2008). Durante a infância observa-se crescimento paralelo à curva de referência com desvios-padrão de altura em média de -3 (Limal et al., 2006), observando-se “um atraso” de um a dois anos na idade óssea. Estudos na população holandesa e alemã verificaram que a estatura média de indivíduos adultos com SN sem tratamento com hormonas do crescimento (hrGH) é de, respetivamente, 161.0 e 162.5cm no género masculino e de 150.5 e 152.7cm no género feminino, correspondendo ao desvio-padrão da altura final de -2.5 a -2.1 (Malaquias et al., 2008). A etiologia da baixa estatura na SN ainda não está esclarecida (Ferreira et al., 2008).

No que toca às **alterações cardíacas**, Ferreira et al. (2008) mencionam que os problemas cardíacos congénitos são observados em 62% a 90% dos pacientes. A estenose valvar pulmonar é a lesão cardíaca mais comum na SN, estando presente em 54% dos pacientes, seguido por miocardiopatia hipertrófica e defeitos do septo atrial, ambos presentes em 18% dos pacientes. Os defeitos no septo ventricular (11%), a insuficiência mitral (6%), a coartação da aorta (4%), a estenose aórtica (4%) e a persistência do canal arterial são também descritos em pacientes com SN (Sznajer et al., 2007).

As **alterações esqueléticas** evidenciam-se essencialmente por volta dos 3–4 anos de idade, com *pectus carinatum* (i.e. deformidade do tórax caracteriza por uma protrusão do esterno e das costelas) e/ou *pectus excavatum* (i.e. deformidade do tórax e osso esterno caracterizada por uma depressão do esterno e das costelas). O tórax é largo com hipertelorismo mamário. Outros exemplos de alterações esqueléticas que

podem se evidenciar na SN são o cúbito valgo (i.e., desvio para fora do antebraço em extensão), escoliose/cifose e má oclusão dentária (Noonan, 2006).

No que concerne às **alterações linfáticas**, Noonan (2006) afirma que estas ocorrem em menos de 20% dos pacientes e são decorrentes de alterações dos vasos linfáticos, levando ao linfedema (i.e. inchaço nos tecidos moles do corpo - braços ou pernas - causado pela acumulação de linfa, podendo causar dor, fraqueza, vermelhidão, sensação de peso/aperto e menor flexibilidade) que pode ser generalizado ou periférico, linfangiectasia pulmonar (i.e. proliferação e dilatação dos vasos linfáticos) ou intestinal (i.e. perda gastrointestinal de proteínas e dilatação dos canais linfáticos na mucosa e no mesentério do intestino delgado), hidropsia fetal (i.e. edema fetal generalizado habitualmente produzido por uma doença hemolítica, em que se acumulam quantidades anormais de líquido em duas ou mais áreas do corpo de um feto ou recém-nascido) e higroma cístico (ou linfangioma, que é uma doença rara, caracterizada pela formação de um tumor benígno em forma de cisto que ocorre devido a uma má formação do sistema linfático durante a gestação ou durante a vida adulta, cujas suas causas ainda não são totalmente esclarecidas).

Existem também **outras alterações** como a criptorquidia (i.e. ausência de descida ou descida parcial dos testículos do abdômen para a bolsa do escroto) comum no gênero masculino (77% - Van der Burgt, 2007), lesões pigmentadas da pele, dificuldades da visão e audição, otite média que pode complicar-se com surdez de transmissão (Allanson e Roberts, 2011; Silva, Godinho, Moura, Soares e Reis-Lima, 2008). O início da puberdade surge espontaneamente, mas com atraso médio de dois anos, com rápido avanço da idade óssea no período intrapúbere, por mecanismo ainda indefinido (Noonan, 2006). A fertilidade feminina é preservada e o comprometimento da fertilidade masculina está provavelmente associado à criptorquidia (Noonan, 2006). Segundo o mesmo autor, em mais de 55% dos pacientes observa-se história de equimoses espontâneas (i.e. infiltração de sangue na malha de tecidos do organismo, devido à ruptura de capilares) ou tendência a sangramento prolongado. Alterações hematológicas podem ser encontradas em 20% dos casos, porém, eventos hemorrágicos graves são raros (3% - Van der Burgt, 2007).

Em relação ao **desenvolvimento psicomotor**, as aquisições podem ocorrer mais tardiamente nas crianças com SN (40% a 70% dos casos), em parte devido à hipotonia muscular e à hiperextensibilidade presente na primeira infância (Allanson e Roberts, 2011; Van der Burgt, 2007). As dificuldades intelectuais estão presentes em 15% a 35%

dos pacientes, sendo geralmente “ligeiras”, e as dificuldades de aprendizagem que exigem acompanhamento de ensino especial ocorrem em 26% dos casos (Van der Burgt, 2007). O desempenho verbal é frequentemente menor do que o desempenho não-verbal, e dificuldades de articulação são comuns (72%), mas geralmente a terapia fonoaudiológica tem resultados eficazes (Allanson e Roberts, 2011). As dificuldades na linguagem podem estar relacionadas com a perda auditiva, deficiência motora de percepção, e/ou dificuldades de articulação (Allanson e Roberts, 2011).

Ao nível da **saúde psicológica**, existem poucos relatos relacionados à SN, não sendo observado nenhum problema comportamental ou psicopatológico, sendo a auto-estima semelhante aos pares da mesma idade (Lee, Portnoy, Hill, Gillberg e Patton, 2005). No entanto, Verhoeven, Wingbermühle, Egger, Van der Burgt e Tuinier, (2008), numa avaliação psicológica realizada a um grupo de 11 indivíduos com SN, identificaram ansiedade, ataques de pânico, introversão social, baixo auto-conhecimento, dificuldades em identificar e expressar sentimentos e emoções (alexitimia). Esta mesma equipa afirma que, na idade adulta, podem ser identificados alguns problemas de atenção, organização, imaturidade e alexitimia, sendo assim relevante realizar avaliações da cognição social e da personalidade (Wingbermuehle, Egger, van der Burgt e Verhoeven, 2009).

Abordando agora as formas de tratamento, os problemas cardiovasculares podem ser tratados como na população em geral, e para os problemas de desenvolvimento existem programas de intervenção precoce e estratégias de educação individualizados que visam o desenvolvimento das capacidades do indivíduo (Allanson e Roberts, 2011). A hemorragia grave pode ser controlada através do conhecimento do fator em deficiência ou pela anomalia da agregação das plaquetas e a hormona do crescimento (hrGH) aumenta a velocidade do crescimento. É importante que haja acompanhamento periódico a todos os níveis, através de ecocardiografias, exames oftalmológicos e auditivos, exames de urina, entre outros, tendo em especial atenção as anomalias cardiovasculares (Allanson e Roberts, 2011).

Concretizada a caracterização da população-alvo, introduz-se de seguida a intervenção psicomotora, para uma melhor contextualização teórica possibilitando a melhor compreensão da atividade que a estagiária realizou ao longo deste ano letivo.

3. Intervenção psicomotora

A intervenção psicomotora centra-se no indivíduo como um todo e nas relações corpo-envolvimento, i.e. relações integrativas, emocionais, simbólicas e/ou cognitivas, que

procuram desenvolver no sujeito as suas capacidades expressivas (Valente, Santos, e Morato, 2011). A Psicomotricidade é definida por Fonseca (2004) como o campo transdisciplinar que se foca nas relações entre o psiquismo (envolvendo todos os processos cognitivos, relacionais e sociais) e a motricidade (conjunto de funções tonicoposturais, práxicas e somatognósicas) que atuam em complementaridade (Fonseca, 2004).

Também Vasconcelos (2003) define a Psicomotricidade (PM) como uma ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento, que se dispõe a desenvolver as faculdades expressivas e intelectivas do homem através do movimento. A PM pode ser definida como um meio de mediação corporal que permite que o indivíduo reencontre o prazer sensório-motor através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, sendo um meio facilitador para o desenvolvimento dos processos simbólicos, através de um envolvimento lúdico e relacional (Fonseca e Martins, 2001). Segundo os mesmos autores o corpo é o universo de manifestações de todo o ser, pelo que para entender o que o corpo exprime é necessário ter em conta o contexto. Em psicomotricidade considera-se que as potencialidades motoras, emocionais e mentais do sujeito estão em constante interação e integração, sendo a prática psicomotora unificadora, i.e. liga o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do indivíduo (Fonseca e Martins, 2001).

A intervenção psicomotora na sua prática tem por base uma “conceção triárquica” constituída por três dimensões (Fonseca, 2004), sendo **multidisciplinar** (conhecimentos de várias áreas), **multiexperiencial** (da prática ao longo da vida), e **multicontextual** (considerando os vários contextos onde o indivíduo se insere), que se baseia numa visão biopsicossocial em permanente interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Este recurso terapêutico deve apelar ao pensamento divergente, originando no indivíduo um esforço de atenção, favorecendo a diferenciação das fontes de informação disponíveis e a adaptabilidade à variabilidade do envolvimento. Estas situações devem ser desenvolvidas, de forma a proporcionar o êxito, estabelecendo uma relação entre o indivíduo e a ação, de forma a melhorar a sua autoestima e a ultrapassar os bloqueios e resistências (Martins, 2001).

Podemos então dizer que a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal e expressiva, na qual se trabalham expressões motoras inadequadas que podem derivar de problemas do desenvolvimento psicomotor, do comportamento, de aprendizagem ou

de questões psicoafetivas (Fonseca, 2010). Pretende-se então desenvolver vários domínios para aumentar as capacidades do sujeito, tendo como base de partida a relação ação/movimento e reflexão/pensamento, que encerra as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, com o fim de capacitar o indivíduo a agir num ambiente psicossocial.

Assim, podemos identificar como principais objetivos da Psicomotricidade (Aucouturier, Darrault e Empinet 1986, cit. in Martins, 2001): a comunicação; a criação, através da capacidade pessoal de transformação; o acesso a um pensamento operatório, através do estabelecimento de relações lógicas entre a ação e o pensamento; e o desenvolvimento das capacidades motoras, cognitivas, socioafetivas, bem como da personalidade e adequação social.

Valente et al.,(2011) também indicam como objetivos da intervenção psicomotora a estimulação/manutenção dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação no espaço e no tempo, praxias global e fina), e o desenvolvimento da capacidade de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, promovendo o reconhecimento positivo do seu Eu corporal desenvolvendo estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas. Para atingir tais objetivos, recorrer-se-á à aplicação de programas de estimulação e reabilitação psicomotora incidindo sobre a organização psicomotora e sobre as condutas cognitivas e afetivo-sociais, aspetos essenciais para adquirir a independência funcional pessoal.

Numa intervenção psicomotora o elemento mais importante é o corpo, em relação com o envolvimento e em movimento, uma vez que é através do corpo que se vão trabalhar as dificuldades do indivíduo. Para além deste, outros elementos fundamentais para o processo de intervenção, e que devem ser planeados, são o espaço físico onde decorre a sessão, o tempo e o ritmo desta, bem como os materiais e objetos que se utilizam. É ainda importante referir que para o sucesso de uma intervenção psicomotora é fulcral existir uma boa relação técnico-cliente, e esta só se estabelece quando o técnico é aceite e desejado pelo cliente e há uma identificação entre os dois (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora pode encontrar-se em vários contextos: hospitalar, escolar, institucional e familiar. Em qualquer dos contextos esta intervenção pode assumir três perspetivas (APP, 2011): a preventiva ou educativa (estimular o desenvolvimento, potencializar a aprendizagem e melhorar a autonomia), a reeducativa (quando já existe um comprometimento do desenvolvimento e aprendizagem) e a terapêutica (necessidade

de superar problemas psicoafetivos que dificultam a adaptabilidade do indivíduo), sendo esta a vertente mais desenvolvida neste estágio.

A intervenção, em qualquer que seja o contexto, visa a promoção do movimento como forma de recreação, terapia e expressão, contribuindo para o bem-estar dos mesmos (Martins, 2001), não tendo como objetivo principal o rendimento motor, a sua eficácia ou destreza, mas sim a transformação do corpo em instrumento que age sobre o mundo e que se relaciona com os outros (Valente et al., 2011).

É advogada na literatura, e no âmbito da psicomotricidade, a existência de duas componentes: a instrumental e a relacional (Martins, 2001), pelo que serão de seguida abordadas, de forma breve.

A Psicomotricidade Instrumental foca-se na exploração sensório-motora para estimular a atividade percetiva, simbólica e concetual, utilizando o envolvimento, as características espaciais, temporais e os objetos. Estas explorações desenvolvem-se através de todas as formas de expressão (e.g. motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras). É nesta vertente que se proporciona a resolução de situações problema, com o objetivo de promover o aumento da autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

A Psicomotricidade Relacional é uma terapia centrada no corpo e na relação com o cliente (Costa, 2008). Permite ao indivíduo lidar com conflitos relacionais, e age de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socio-emocional, estando relacionada com os fatores psicoafetivos relacionais (Vieira, 2009). Esta intervenção tem por base a mediação corporal, sendo que o indivíduo através do movimento e da regulação tónica leva a uma construção ou reorganização de processos simbólicos. Dá-se ainda especial enfoque à componente psicoafetiva e emocional (Martins, 2001), devendo desenvolver no cliente uma estabilidade emocional, segurança e boa autoestima. A PM relacional é a base para o indivíduo se sentir bem consigo próprio, podendo-se depois desenvolver outros aspetos que possam estar afetados (Costa, 2008). Desse modo, a intervenção tem de ser um espaço de confiança onde o indivíduo possa explorar os seus sentimentos em relação a si próprio ou sobre o outro. De uma forma geral, numa intervenção que prioriza a relação e a resolução de conflitos emocionais, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas e a comunicação não-verbal, para através da vivência corporal experienciar situações de conflito emocional para, posteriormente, conscientemente se conseguir resolver e compreender (Vieira, 2009).

A comunicação verbal é essencial, tanto antes da resolução do problema como depois na sua avaliação. Assim, o indivíduo compreende e assimila melhor os passos a realizar e quais as diferenças ou semelhanças entre o que pretendia fazer e o que realmente fez (Martins, 2001).

Na intervenção com a população com DID o psicomotricista articula as duas componentes da intervenção, utilizando a componente relacional para fomentar a relação e a parte emocional do indivíduo e a componente instrumental para ajudar o indivíduo a encontrar estratégias para se adaptar à vida diária. Durante as sessões psicomotoras da estagiária potenciou-se a aprendizagem realizando objetivos exequíveis, onde o desempenho não exigia um esforço excessivo ou provocava frustração. Um dos objetivos mais importantes foi trabalhar habilidades para promover a autonomia e a independência, fornecendo estratégias e formas de ação que capacitassem e permitissem a maximização da expressão das competências e capacidades dos indivíduos, como recomenda Rodrigues (1991).

Ainda no contexto da intervenção psicomotora, e segundo Onofre (2004), a abordagem individual ou grupal depende da capacidade receptiva do indivíduo, de ser ou não capaz de agir com o meio que o rodeia. Para o mesmo autor, o grupo é por si próprio criador de sensibilidades e conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizador de estruturas aplicáveis às situações vivenciadas, sendo que numa perspetiva em grupo é importante escutar os outros e ser receptivo aos seus sinais, pois o indivíduo só se conhece quando reconhece o outro, numa relação de reciprocidade com alguém que nos olhe em sintonia e, é nesse momento que se inicia com ele uma vivência grupal.

No contexto de estágio as intervenções, tanto em meio terrestre como em meio aquático desenvolveram-se em grupo (número variável), apesar de no meio aquático haver a necessidade por vezes de realizar uma intervenção mais individual, essencialmente em casos de clientes com menor adaptação ao meio aquático que necessitavam de apoio físico individualizado. O cliente alvo de estudo de caso teve intervenção em grupo em meio terrestre (4 clientes no total), e intervenção individual no meio aquático, com o acompanhamento e apoio físico constante da estagiária.

Intervenção Psicomotora com indivíduos com DID

No seguimento do que já foi apresentado, será relevante desenvolver a importância da intervenção psicomotora para a população-alvo da instituição, i.e. essencialmente indivíduos com DID. O novo sistema de classificação da DID (Thompson et al., 2004) baseado nas necessidades de apoios do indivíduo, veio ressaltar a importância que os

apoios têm para a intervenção, i.e., os apoios a proporcionar devem promover os interesses e as causas de cada indivíduo (Morato e Santos, 2007), com vista a promover a sua qualidade de vida e funcionalidade (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008).

Como referido anteriormente, a população com DID debate-se com diversas limitações ao nível da funcionalidade, pelo que através da intervenção psicomotora se procura encontrar alternativas e estratégias que compensem e facilitem a participação ativa na comunidade, de modo a potencializar as capacidades desta população (Valente et al., 2012). A intervenção psicomotora parte da estimulação/consolidação dos fatores psicomotores, atua no comportamento adaptativo (Antunes e Santos, *in press*), promovendo o reconhecimento positivo do seu Eu corporal (Costa, Santos e Tavares, *in press*) e desenvolvendo estratégias para ultrapassar as dificuldades diárias sentidas (Fonseca, 2001a). Todo este processo visa criar um ambiente de participação e partilha, onde o sujeito tem a oportunidade de desenvolver as suas capacidades psicomotoras, sensoriomotoras, intelectuais e sociais, procurando que o indivíduo encontre o seu lugar na sociedade e que assuma o seu papel enquanto cidadão ativo, para que experiencie e vivencie uma vida com qualidade (Valente et al., 2012).

Fonseca (2001a) analisa a caracterização psicomotora da DID segundo três dimensões distintas: componencial, experiencial e contextual. Na *dimensão componencial*, o autor destaca a menor acessibilidade e disponibilidade ao nível do processamento de informação dadas as componentes executivas serem menos precisas e mais lentas, pelo que tarefas de resolução de problemas (e.g.: que exijam identificação, seleção e organização de dados, planeamento da estratégia, representação mental da informação, focagem da atenção, memória, integração de feedbacks) são ativadas inadequadamente com degradação da interconexão entre os componentes do ato mental o que afeta a prestação cognitiva. Na *dimensão experiencial* Fonseca (2001a) reporta as dificuldades em tarefas novas, devidas aos problemas apontados anteriormente, revelando uma “inércia psicomotora” com dificuldades no transfer e generalização das aprendizagens. Finalmente, na *dimensão contextual*, o autor refere as dificuldades na adaptabilidade ao contexto que faz com que o rendimento cognitivo se altere, pelo que corrobora a necessidade da complementaridade entre a avaliação psicométrica e adaptativa (Luckasson et al, 2002; Santos e Morato, 2002; Schalock et al, 2007a; Morato e Santos, 2007; Schalock et al, 2010).

Os principais objetivos da intervenção psicomotora para esta população são: aumentar progressivamente o tempo de concentração e de atenção na tarefa, desenvolver as capacidades de autocontrolo e diminuir a impulsividade, atenuar os

comportamentos desajustados e melhorar as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal (Martins e Rosa, 2005), entre outros. A facilitação de aquisições cooperativas e interativas, a promoção de atividades funcionais com objetivos explícitos e de prática diária, com apoios individualizados (registos/revisões diárias das atividades desenvolvidas) em coordenação com todos os intervenientes, minimizando comportamentos de dependência e aumentando a iniciativa, funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social são outros objetivos advogados na intervenção psicomotora com pessoas com DID (Santos, 2010).

Posto isto, uma vez que o indivíduo com DID pode apresentar dificuldades em diversas áreas, a intervenção psicomotora, pela sua visão holística, pode desempenhar um papel fundamental na otimização da qualidade de interação diária entre o sujeito com DID e o envolvimento, proporcionando maior funcionalidade e qualidade de vida. Antunes e Santos (*in press*) observaram melhorias significativas, de adultos com DID, após a aplicação de um programa de intervenção psicomotora cujos principais objetivos passaram pela estimulação do comportamento adaptativo e da proficiência motora.

Intervenção Psicomotora e contextos

A intervenção psicomotora realizada pela estagiária no CTVAA foi essencialmente em dois contextos distintos: através das sessões de Atividade Motora Adaptada (AM) e de Atividade em Meio Aquático (AMA), recreativas e de lazer.

De um modo geral, a intervenção nas sessões de AM decorreu essencialmente ao nível das diferentes modalidades desportivas adaptadas e na exploração dos fatores psicomotores - tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal e praxias (fina e global); nas sessões de AMA a intervenção centrou-se ao nível da adaptação ao meio aquático, exploração dos fatores psicomotores (dependendo dos casos) e desenvolvimento básico das técnicas de natação.

Tanto as sessões de AM como as de AMA decorreram em grupo, promovendo a interação social e trabalhando componentes relacionais, apesar de alguns clientes necessitarem de um acompanhamento e apoio individual nas sessões de AMA. Para além disto, o trabalho diário desenvolvido nas salas pretendeu promover aspetos relacionados com as autonomias (usar dinheiro, ver as horas, fazer recados) e componentes académicas (contar, desenhar, pintar, recortar, escrever). Em todas as situações foi encorajado o diálogo. A verbalização foi bastante incentivada, pois os clientes devem conseguir reproduzir o que aconteceu na sessão, as instruções que lhe foram dadas, acontecimentos e pedidos ou necessidades. Em todas as sessões/ocasiões

pretenderam-se trabalhar as capacidades do indivíduo de forma a potencializar a sua funcionalidade e autonomia.

De seguida será abordada uma breve revisão da literatura à cerca dos contextos de intervenção psicomotora em que a estagiária interveio, bem como a correlação com o que é feito no CTVAA.

Atividade Motora Adaptada (AM)

A Atividade Motora Adaptada (AM) pode ser definida como uma área interdisciplinar de conhecimento prático e teórico direcionado para pessoas com deficiência, com limitações na atividade e restrições de participação em atividades físicas (IFAPA, 2012). Tem em vista a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, através da concretização de atividades lúdicas adaptadas a cada indivíduo (e.g. educação física, desporto, recreação, dança, artes criativas, nutrição e reabilitação) onde se desenvolvem e previnem as dificuldades psicomotoras, uma vez que esta intervenção pode ser de carácter terapêutico ou preventivo (Hutzler e Sherrill, 2007).

A atividade motora é igualmente essencial para promover a construção social da pessoa com deficiência nos contextos de desporto e saúde, para a participação social (Rodrigues, 2006). Abellan e Vicente (2002) definem alguns objetivos específicos para a AM na população com DID, tais como: desenvolver ou adquirir aptidões físicas básicas (sensoriomotoras, manipulativas, agilidade etc.); promover um melhor equilíbrio pessoal, superando as dificuldades; adquirir hábitos de comportamento que assegurem determinada autonomia e independência; desenvolver atitudes e comportamentos desejáveis que facilitem a integração sensorial da pessoa, e; fortalecer as relações grupais.

No que diz respeito às sessões de AM é importante referir a importância que a promoção da atividade física tem para os indivíduos com DID, e é por esse motivo que está presente no CTVAA. Aos indivíduos com DID está associada uma baixa aptidão física, devido a vários fatores como estilo de vida sedentário, baixa motivação, barreiras psicológicas e fisiológicas e passividade motora. A baixa aptidão física pode levar a um envelhecimento precoce, bem como a outras doenças (e.g.: doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial, osteoporose e diabetes - Ferreira, 2006; Lotan, Isakov, Kessel e Merrick, 2004).

Ferreira (2006) apresenta um conjunto de benefícios da atividade física para a população com DID organizados em três níveis distintos: **fisiológico** (e.g. melhoria da resistência aeróbia; melhoria da função muscular; melhoria da flexibilidade articular;

manutenção da percentagem de gordura corporal), **psicológico** (e.g. controlar os níveis de tensão; ultrapassar depressões; solidificar a construção da sua identidade; aumento da autoestima, autoconfiança e motivação) e **sociológico** (aceitação de regras; melhor adaptação às diferentes situações de interação social; cumprimento das expectativas da sociedade).

Também relativamente aos fatores psicomotores a prática de atividade física tem os seus benefícios, no sentido em que permite, de forma direta ou indireta, promover os fatores psicomotores (Fonseca, 2004, 2010). Na prática, a atividade permite promover a equilíbrio em todos os seus subfatores, sendo este um dos pré-requisitos essenciais, cuja maturação irá permitir a promoção da coordenação oculo-podal e oculo-manual e a lateralização. Acresce ainda, a possibilidade de promoção, de uma forma mais indireta, da noção do corpo, estruturação espaciotemporal e também da tonicidade sobretudo nos subfatores extensibilidade e paratonia, sendo também possível a observação da presença ou não de diadococinésias e sincinésias (Fonseca, 2004, 2010).

Na CERC Lisboa (CTVAA), no âmbito da intervenção psicomotora, os objetivos da AM centraram-se na criação de experiências e atividades que favorecessem a atividade física e um estilo de vida ativo, promovendo a manutenção das capacidades físicas e simultaneamente, a utilização do jogo para promover as relações e a interação social. As sessões ocorreram diariamente com grupos diferentes, no período da tarde, e basearam-se na prática adaptada de uma modalidade ou em jogos e atividades de grupo que promovessem a funcionalidade e autonomia nas atividades da vida diária.

Atividade em Meio Aquático (AMA)

O meio aquático é um espaço de contenção, num envolvimento fluido e contínuo, que permite o abandono e a entrega a um contacto sensorial tátil. Por outro lado, é também um espaço de aventura e exploração, refletindo o efeito do movimento e da presença do corpo, na relação consigo próprio e com os outros (Coleta, 2006; Matias, 2010; Varela, Duarte, Sereno, Dias e Pereira, 2000).

Desta forma, este meio tem-se revelado de grande interesse na reabilitação da pessoa com deficiência. A água provoca um meio propício à vivência de experiências que permitem a melhoria e aquisição de conhecimentos e capacidades, respeitando a individualidade de cada um e permitindo a iniciativa e a independência (Coleta, 2006; Tsutsumi, Cruz, Chiarello, Júnior e Alouche, 2004); provoca também uma diminuição dos efeitos da força da gravidade sobre o corpo, sendo assim necessário um menor esforço ao nível muscular (Matias, 2005; Matias, 2010).

As propriedades da água oferecem assistência (grande liberdade de movimentos), resistência (controlar, corrigir ou adaptar os movimentos) e suporte (Matias, 2005; Matias, 2010).

O indivíduo constrói as suas capacidades e a sua personalidade de acordo com a sua relação com o envolvimento, sendo neste caso o corpo uma constante referência, e, como tal, a terapia psicomotora é tida como uma perspectiva de intervenção que leva a que o sujeito conheça o meio que o rodeia, bem como a si próprio (Matias 2005). Segundo Gutierrez (2003), a Psicomotricidade em meio Aquático é uma terapia prazerosa e facilitadora, tendo em conta que o peso corporal do sujeito irá ser reduzido, o que significa um menor desgaste específico nas articulações, assim como uma maior facilidade de movimentos. Os movimentos segmentares ou globais, quando efetuados em meio aquático estimulam a proprioceptividade, contribuindo para a estruturação da noção de esquema corporal, pois a todo o instante o cérebro recebe informações táteis, visuais, auditivas e cinestésicas, sendo que o meio aquático favorece, ainda, a interação, comunicação e verbalização, fatores essenciais ao desenvolvimento afetivo e social do indivíduo (Varela et al, 2000).

Matias (2010) apresenta os benefícios da intervenção psicomotora no meio aquático em quatro áreas distintas: **motora** - promovendo o desenvolvimento do esquema corporal e do equilíbrio muscular, aumentando o repertório motor, prevenção de desvios posturais e psicomotores, entre outros; **socioemocional** - promovendo a autoconfiança, a autorregulação das emoções, socialização e comunicação para uma maior independência; **cognitiva** - com a exploração ativa do contexto e de novos desafios para a resolução de problemas, e; **área visual e auditiva** - com a noção de profundidade e distância, localização auditiva de objetos ou acontecimentos, entre outros.

Também é possível constatar neste meio a estimulação dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010; Matias, 2005; Santos, 2010): **Tonicidade** pois a água quente reduz temporariamente a espasticidade e a rigidez; **Equilíbrio** uma vez que o meio aquático permite a mudança de posições e experimentação de equilíbrios de forma tranquila, devendo o indivíduo ativar um conjunto de mecanismos para se reequilibrar; **Lateralização**, dado que o meio aquático permite uma forte estimulação exteroceptiva e proprioceptiva, promovendo o desenvolvimento cognitivo, facilitando a especialização de funções dos dois hemisférios cerebrais; **Noção do Corpo**, dado que os movimentos na água permitem uma maior consciencialização do corpo, contribuindo para a elaboração do ato motor antes da sua execução, como forma de o controlar e corrigir; a **Estruturação Espaço-temporal** relacionadas com a noção de ritmo, que por sua vez

está envolvido no controlo respiratório e movimentos propulsivos; e finalmente, as **Praxias Global e Fina**, relacionadas com a agilidade, a perícia e a coordenação motora, sendo evidentes na aprendizagem de habilidades no meio aquático (Varela et al., 2000).

As sessões de AMA tiveram e têm uma grande importância para a população da CERCI Lisboa - CTVAA, pois para além de permitir a prática de atividade física, o facto de ser realizada em meio aquático tem benefícios acrescidos: no sistema termorregulador (e.g. diminuição da dor); cardiorrespiratório (melhoria na capacidade aeróbica, nas trocas gasosas e na irrigação sanguínea; estabilidade da pressão arterial; auxílio do retorno venoso; sistema nervoso (e.g. relaxação muscular); sistema renal (aumento da diurese profunda, com melhor circulação venosa); sistema imunológico (aumento do número de leucócitos e melhoria das condições tróficas); e sistema músculo-esquelético (e.g. relaxação dos músculos, estimulação do metabolismo, diminuição da fadiga muscular e aumento da resistência e da força muscular - Biasoli e Machado, 2006). Também a nível psicológico, as atividades em meio aquático permitem ao indivíduo um bem-estar social e ao nível da integração do corpo e da mente, privilegiando-se a tomada de consciência do esquema corporal, a lateralização e equilíbrio, a criatividade, as habilidades sociais, passando pelo desenvolvimento do sentido de orientação, capacidade de atenção e reflexão e, estruturação do sentido rítmico e das capacidades espaço-temporais (Matias, 2005; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007).

O meio aquático reúne um conjunto de condições necessárias à intervenção psicomotora, visto que privilegia a exploração do espaço e de materiais, a interação com o outro e a adaptação perante novas situações, sendo que a resposta de cada pessoa é um reflexo das suas emoções e pensamentos, não devendo, portanto, ser descurado o seu processo adaptativo ao novo meio (Matias, 2005; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007; Varela et al., 2000).

É possível concluir que a intervenção psicomotora na CERCI Lisboa tem como principal objetivo promover o desenvolvimento psicomotor e proporcionar experiências novas e diferentes que envolvem sempre a atividade motora, no sentido de, em conjunto com outras áreas de intervenção, se caminhar no sentido de alcançar um objetivo em comum – autonomia, capacidade de adaptação, saúde, desenvolvimento pessoal e social e qualidade de vida dos seus clientes.

Uma vez esclarecido o conceito teórico e prático da intervenção psicomotora e dos seus contextos, surge a necessidade de perceber a importância da avaliação para a intervenção psicomotora na CERCI Lisboa (CTVAA).

4. A importância da avaliação

Segundo Ribeiro (1999), qualquer intervenção, a curto e a longo prazo, visa atingir alterações ou objetivos que importa quantificar e qualificar, pelo que antes de qualquer intervenção há que ser realizada uma avaliação que caracterize as capacidades e/ou dificuldades do sujeito (Godall e Hospital, 2004). O processo de avaliação afigura-se como base fundamental para a intervenção (Salvia e Ysseldyke, 1991; Simeonsson, 1986; Teles, Ribeiro e Ferreira, 2012), sendo definido como um processo dinâmico que possibilita a recolha de informação, que depois de analisada permite ter uma visão mais concreta sobre a pessoa, assumindo-se como uma ferramenta para o reconhecimento de problemáticas e consequente tomada de decisão refletida numa prática consciente (Salvia e Ysseldyke, 1991).

É com base nestes constructos que surge a relação indissociável entre avaliação e intervenção psicomotora, uma vez que só em conjunto estes dois processos permitem um olhar mais atento sobre as características específicas do indivíduo (Fonseca, 2010; Pitteri, 2004). Esta indissociabilidade é reforçada por dois princípios pelos quais a avaliação segundo a abordagem da intervenção psicomotora se rege: a observação do indivíduo na sua globalidade (funcionalidade e relação), e no momento de vida em que este se encontra, tendo em conta a interação constante que estabelece com o envolvimento (Pitteri, 2004).

Deste modo, a avaliação psicomotora contempla várias dimensões, objetivando a apreciação das competências psicomotoras do ponto de vista da funcionalidade (tonicidade, equilíbrio, lateralização, esquema corporal, estruturação espaço-temporal e praxias global e fina, competências psicoafectivas e cognitivas), na expressão de comportamentos e atitudes, considerando o indivíduo um ser relacional; consequentemente, é possível elaborar um perfil psicomotor – que orienta a tomada de decisão consciente do psicomotricista ao longo do processo de intervenção, possibilitando, deste modo, a expressão das capacidades e potencialidades do indivíduo (Pitteri, 2004).

Este autor afirma que a avaliação incorpora e pode ser implementada com recurso a vários métodos ou testes específicos, tais como a observação, entrevista e aplicação de instrumentos de avaliação nos mais diversos domínios, contribuindo todos para um melhor conhecimento do sujeito até ao momento atual de vida/avaliação, para uma mais completa contextualização do caso (Godall e Hospital, 2004; Pitteri, 2004). Paralelamente, é importante registar a participação emocional, verbal e não-verbal, com

base nas manifestações corporais e comportamentais da pessoa, que inseridas no respetivo contexto são convertidas em palavras que permitem conhecer melhor o funcionamento individual e a sua organização (Albaret, 2003; Pitteri, 2004).

Na atividade profissional do psicomotricista é importante que se realize um registo escrito, acessível a todos os intervenientes (e que se respeitem as diretrizes deontológicas - Pitteri, 2004), considerando-se três critérios gerais dos resultados de qualquer avaliação (Schalock et al., 2010): reflexão com foco num ponto de partida entre os objetivos de avaliação e o próprio processo utilizado; validade, e por fim; o impacto vantajoso que traz para o indivíduo.

Os resultados não são utilizados de forma independente do contexto, mas fazem parte dos conhecimentos complementares que relacionam as várias informações, antes de configurar ou construir um projeto terapêutico individualizado (Albaret, 2003). É ainda importante referir que muitas vezes há necessidade de adaptações ao longo da aplicação dos instrumentos de recolha de informação devido às limitações na linguagem (e.g.: pessoas com DID), reforçando a importância da comunicação não-verbal (Schalock et al. 2002).

É possível, então, afirmar que é através da avaliação que o psicomotricista conhece o indivíduo e a partir daí delinea um plano de intervenção adequado, tendo em conta os diferentes aspetos e contextos de vida, respeitando sempre os aspetos inerentes à avaliação, de acordo com as suas necessidades e capacidades, desejos e expectativas (Schalock et al., 2010).

No momento da definição de objetivos ou do planeamento da intervenção, é necessário hierarquizar e priorizar os domínios a trabalhar, facilitando o prognóstico da evolução e medindo a eficácia da intervenção (Pitteri, 2004). Os objetivos propostos devem ser acessíveis, com utilidade na vida quotidiana com impacto positivo na participação social, possíveis de ser alcançados no tempo consignado, respeitando a idade cronológica e as motivações (individuais e da família). Neste caso em concreto, a instituição costuma realizar reuniões com a família e com os clientes de modo a perceber e explorar as motivações dos mesmos. Por sua vez, a estagiária uma vez que não teve contacto direto com as famílias, teve em conta o que os técnicos e monitores de sala transmitiam como ser motivações dos clientes e respetivas famílias.

Concluída a parte de enquadramento teórico, segue-se a parte II deste relatório, que consiste na metodologia e onde será apresentada toda a parte prática da intervenção da estagiária neste estágio curricular.

III. Metodologia

Como já foi referido, a intervenção realizada no CTVAA é centrada na funcionalidade e qualidade de vida, no bem-estar físico, no bem-estar emocional e nas relações interpessoais de cada cliente. A intervenção desenvolvida pela estagiária, ao longo deste ano letivo, baseou-se na promoção de um estilo de vida saudável através do movimento e do desenvolvimento de alguns fatores psicomotores (equilíbrio, coordenação motora global, estruturação espaço temporal, lateralidade e esquema corporal) para otimizar a autonomia, estimular a autoestima e desenvolver as competências sociais. Toda a intervenção teve lugar no CTVAA (para AM) e na piscina do Casal Vistoso (para as sessões de AMA), às 2ª e 3ª das 14h00-16h00 e de 4ª a 6ª das 9h30-16h00 de acordo com o horário estipulado no início do ano, sendo que a partir de Janeiro de 2016 a tarde de 4ª passou a ser opcional dada a atividade de vela/canoagem ter cessado.

Este capítulo surge de modo a apresentar a prática profissional da estagiária, englobando quatro partes essenciais: na primeira parte é apresentada a intervenção psicomotora na CERC Lisboa, i.e., o horário e duração do estágio bem como as atividades contempladas, a caracterização dos grupos de intervenção, a organização e funcionamento do CTVAA, o processo de avaliação utilizado, a caracterização dos instrumentos de avaliação e a definição dos objetivos, seguindo-se na segunda parte a apresentação do estudo de caso, onde serão especificados os dados anamnésicos do sujeito, os instrumentos e procedimentos utilizados para as avaliações, os resultados das mesmas, o plano de intervenção e a discussão dos resultados, como exemplo mais pormenorizado da intervenção, e que foi, igualmente, concretizado com os restantes clientes. Numa outra parte, serão apresentadas outras atividades em que a estagiária participou, terminando este capítulo com o projeto de investigação.

1. A Intervenção Psicomotora na CERC Lisboa

Horário e Atividades

O estágio teve início a 12 de outubro de 2015 e terminou a 31 de Maio de 2016, contemplando o horário da tabela 3, e contemplava as atividades da estagiária, sendo que em alguns momentos poderiam estar a ocorrer várias atividades simultaneamente, pelo que a estagiária ia apoiar/intervir onde houvesse mais necessidade (e.g.: 5ª e 6ª onde decorre caminhada e ginásio simultaneamente):

Tabela 3 - Atividades que contemplam o horário da estagiária

Horário	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
9h30- 13h	-----	-----	AMA	AMA	AMA
14h-15h	caminhada	AM	Vela/ canoagem*	caminhada	caminhada e AM
15h-16h	AM	AM		caminhada e AM	AM

*A estagiária apenas acompanhou esta atividade até dezembro de 2015.

Organização e funcionamento

Durante o estágio, a estagiária interveio com 5 grupos distintos de AM e com vários clientes em AMA, num apoio mais individualizado. É de referir que apesar de intervir com 5 grupos de clientes em AM, e com vários clientes em AMA, a estagiária apenas realizou avaliações, delineou objetivos e construiu planeamentos para um grupo, o de 2ºf, onde participava o cliente alvo de estudo de caso, bem como para as sessões individuais deste em meio aquático.

Numa primeira fase, i.e. no decorrer do mês de outubro (primeiro mês de estágio), foi dada a oportunidade à estagiária de observar e conhecer todo o tipo de intervenções e apoios disponibilizados pelo CTVAA para os clientes, permitindo a integração da estagiária na instituição, familiarizando-a com as metodologias e apoios desenvolvidos e prestados. Nessa altura foi feito também um primeiro contacto com os clientes para o estabelecimento da relação empática e para a observação informal das capacidades, dificuldades e interesses dos mesmos, para se proceder a um processo de avaliação que possibilitou a definição posterior dos objetivos (gerais e específicos) e a planificação das atividades com vista à aquisição desses mesmos objetivos. Com o finalizar do ano letivo, procedeu-se a uma avaliação final, no sentido de perceber a existência (ou não) de ganhos nas competências sociais, funcionais e psicomotoras dos clientes com os quais se interveio.

Para além disso, a estagiária observou algumas sessões de AM e AMA, passando de seguida a intervir, inicialmente na continuação de exercícios propostos pela orientadora local, e posteriormente com total autonomia (com e sem supervisão).

A partir de dezembro, a estagiária passou a planear as sessões e a intervir de forma autónoma, pelo menos na sessão de AM de 2ºf e na sessão de AMA de 5ºf com o cliente de estudo de caso, intervindo no entanto, também assiduamente nos outros grupos de AM sempre que solicitado e/ou proposto pela orientadora local.

Grupos de Intervenção

Durante o estágio, a estagiária observou, apoiou e entrevistou, no total com 14 grupos de clientes, na caminhada, nas sessões de AM e de AMA e na atividade de vela adaptada e canoagem, sendo de seguida apresentados sucintamente os grupos de intervenção das referidas atividades.

Caminhada

As caminhadas foram sempre realizadas com um técnico de referência (orientadoras locais) ou com monitores de sala, sendo os grupos constituídos e caracterizados por:

- **Grupo 1** (2ª feira 14h-15h): 6 clientes do género masculino, a maioria com diagnóstico de autismo, com necessidade de apoio físico moderado a elevado, com quem habitualmente se realizavam caminhadas no espaço circundante ao centro, com pisos irregulares, atravessar passadeiras, etc.; quando o estado do tempo não permitia idas ao exterior foram realizadas idas à sala de snozelen e sala de estimulação (com bolas, colchões, etc.);
- **Grupo 2** (5ª feira 14h-15h): 5 clientes, 3 do género masculino e 2 do género feminino, 3 autónomos e 2 que necessitavam de acompanhamento de mão dada; habitualmente foram realizadas caminhadas no espaço circundante ao centro, tal como no grupo anterior; quando as condições climatéricas não o permitiam foram realizadas caminhadas no ginásio do centro (subir escadas e descer rampa), e esporadicamente idas ao snozelen;
- **Grupo 3** (5ª feira 15h-16h): 8 clientes, 3 do género masculino e 5 do género feminino, todos autónomos, dois necessitavam de maior reforço verbal para realizarem a marcha com maior velocidade; habitualmente realizavam-se caminhadas até ao parque da Bela Vista, caso as condições climatéricas não permitissem eram convidados a participar no ginásio com o grupo que lá estava nessa hora, como alternativa poderiam caminhar no espaço lateral do ginásio (constituído por escadas e rampa);
- **Grupo 4** (6ª feira 14h-15h): 12 clientes, 1 do género masculino e 11 do género feminino, autónomos, com 2 ou 3 clientes que necessitavam de maior incentivo verbal ou de apoio físico mínimo por problemas de equilíbrio; habitualmente foram realizadas caminhadas no parque da Bela Vista e no espaço circundante.

Vela Adaptada e canoagem

A Atividade decorreu até dezembro, e foi acompanhada pela Dra. Elisabete:

- **Grupo 5** (4ª feira 14h-16h): 6 clientes, 3 do CTVAA e 3 do CAO dos Olivais, 5 do género masculino e 1 do género feminino, autónomos. Todos realizavam a atividade de vela acompanhado por um técnico especializado, passeio no barco a motor com possibilidade de o conduzirem com apoio, e apenas 4 realizaram canoagem com a estagiária.

Atividade Motora (AM)

As sessões de AM decorreram sob a orientação da Dra. Mónica (grupos 6, 7, 8 e 10) e da Dra. Elisabete (grupo 9 – até janeiro, depois disso os grupos mudaram entre si de orientadoras), sendo que muitas vezes a estagiária interviu autonomamente na dinamização de atividades em sessões completas, para além do seu grupo de intervenção (grupo 6) para quem planeava as sessões e intervinha sempre autonomamente:

- **Grupo 6** (2ªfeira 15h-16h): 4 clientes, 2 do género masculino (sendo um deles o **estudo de caso**) e 2 do género feminino, com necessidade de apoio verbal elevado; os 2 clientes do género masculino necessitam de apoio físico moderado, tendo sido realizadas essencialmente atividades de desenvolvimento psicomotor (circuitos, etc.), jogos de cooperação e competição;
- **Grupo 7** (3ªfeira 14h-15h): 13 clientes, 3 do género masculino e 10 do género feminino, em que 4 dos clientes necessitavam de apoio físico mínimo a moderado, um cliente necessitava de apoio verbal para regulação comportamental. Foram realizadas essencialmente atividades de desenvolvimento psicomotor (circuitos, etc.), jogos de memória, cooperação e competição;
- **Grupo 8** (3ªfeira 15h-16h): 13 clientes, 8 do género masculino e 5 do género feminino, grupo autónomo, em que apenas um necessita de maior apoio físico e verbal em algumas atividades;
- **Grupo 9** (5ªfeira 15h-16h): 6 clientes, 4 do género masculino e 2 do género feminino, grupo autónomo sendo que um dos clientes apresentava dificuldades na execução de algumas atividades, devido essencialmente ao excesso de peso; e,
- **Grupo 10** (6ªfeira 14h-16h): 17 clientes, 12 do género masculino e 5 do género feminino, desenvolveu-se essencialmente desporto adaptado (manipulação de objetos, trabalho em equipa e de competição, através da abordagem dos desportos: corfebol, futsal, basquetebol, andebol, etc.).

Atividade em Meio Aquático (AMA)

As sessões de AMA eram orientadas pela Dra. Mónica (grupos 12 e 13) e pela Dra. Elisabete (grupo 11 e 14 – sendo que depois de janeiro trocaram entre si de orientadoras). A estagiária interveio autonomamente sempre que solicitado, e assiduamente com o seu estudo de caso (inserido no grupo 13). Apesar de as sessões serem organizadas por grupos, a estagiária fornecia apoio individual, uma vez que as capacidades dos clientes inseridos nos grupos eram muito heterogéneas. Os grupos eram constituídos por:

- **Grupo 11** (4ª feira 10h15-11h): 4 clientes, 2 do género masculino e 2 do género feminino;
- **Grupo 12** (4ª feira 10h15-11h): 5 clientes, 2 do género masculino e 3 do género feminino;
- **Grupo 13** (5ª feira 10h15-11h): 3 clientes, 2 do género masculino (sendo um o **Estudo de caso**) e 1 do género feminino, no subcapítulo “Estudo de caso” deste relatório poderá ser consultado mais pormenorizadamente o trabalho desenvolvido com este cliente; e,
- **Grupo 14** (6ª feira 10h15-11h) 5 clientes, 3 do género masculino e 2 do género feminino.

Apesar de apresentados todos os grupos de intervenção com quem a estagiária interveio, de agora avante será dado maior enfoque ao grupo 6 (de AM 2ª das 15h às 16h) e ao cliente que pertence ao grupo 13 (5ª feira das 10h15 às 11h - cliente selecionado para o estudo de caso) uma vez que essas sessões foram previamente planeadas pela estagiária tendo em conta os objetivos definidos, com base na avaliação realizada. De seguida será apresentado o processo de avaliação.

Processo de avaliação

O processo de avaliação concretizado pela estagiária teve início em outubro através da observação informal de todos os clientes do CTVA nos diversos contextos que este disponibiliza (e.g.: dança, teatro, bombarte, fisioterapia, movimento, ginásio, piscina, etc.), em vista não só ao estabelecimento da relação empática, mas também à observação informal das capacidades, dificuldades e interesses de cada cliente. Posteriormente, a estagiária refletiu e procedeu à escolha do Estudo de Caso sendo que o principal critério de seleção seria frequentar assiduamente as sessões de AM e AMA em que a estagiária estaria presente (AMA de 4ª a 6ª de manhã e AM de 2ª a 6ª de tarde). O caso

selecionado tinha AMA à 5ª feira individualmente, e AM à 2ª feira num grupo com mais 3 elementos. A avaliação concretizada pela estagiária passou pela análise dos resultados já obtidos da ECAP, aplicada anteriormente pela psicóloga da instituição, pela observação informal das capacidades dos elementos do grupo de AM e pela aplicação da Escala de Intervenção em Meio Aquático ao sujeito estudo de caso. Os resultados obtidos e analisados possibilitaram a definição posterior dos objetivos (gerais e específicos) e a planificação das atividades com vista à aquisição desses mesmos objetivos.

De seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados para orientar a intervenção da estagiária e por sua vez definir os objetivos dessa intervenção.

Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação utilizados pela estagiária foram a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) e a Escala de Avaliação em Meio Aquático:

Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP)

A ECAP constitui uma escala que tem como objetivo avaliar as habilidades adaptativas dos sujeitos para o desenvolvimento posterior de planos habilitativos, para uma participação plena na comunidade. Possibilita a recolha de informação acerca do sujeito, avaliando a sua capacidade de lidar com as exigências do envolvimento (Lambert, Nhira e Leland, 1993; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a). Santos (2000) acrescenta que a ECAP avalia a independência pessoal e comunitária do indivíduo, bem como o ajustamento pessoal e social, focando-se nas áreas de vida que exigem um comportamento adequado às várias exigências do contexto, não dando tanto ênfase às questões académicas (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos, Morato e Luckasson, 2014).

A ECAP permite ainda determinar as áreas fortes e fracas do indivíduo, identificar os indivíduos que se encontram abaixo da média, acompanhar a evolução inerente à intervenção, sendo útil para ser utilizado no âmbito da investigação (Lambert et al., 1993). Tal como referido no enquadramento teórico, a avaliação do comportamento adaptativo é um dos critérios-chave no diagnóstico, com impacto na construção de programas comportamentais e de desenvolvimento de competências (Lambert et al., 1993).

A ECAP é uma revisão da escala norte-americana e avalia indivíduos com DID institucionalizados ou não, com idades entre os 6 e os 60 anos (Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). De acordo com os autores, o desenvolvimento da versão portuguesa considerou as características da população com DID nos padrões culturais portugueses.

A escala está então dividida em duas partes, a primeira relacionada com a independência do indivíduo, enquanto a segunda diz respeito aos comportamentos desajustados (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, a **primeira parte** divide-se em dez domínios: autonomia (e.g.: AVDs, vestuário, deslocação), desenvolvimento físico, atividade económica (e.g.: manuseamento do dinheiro e o seu planeamento), desenvolvimento da linguagem (e.g.: compreensão verbal e linguagem social), números e tempo (competências matemáticas e de tempo básicas), atividade doméstica (e.g.: limpeza da casa e preparação de refeições), atividade pré-profissional (e.g.: hábitos de trabalho e produtividade), personalidade (e.g.: iniciativa e perseverança), responsabilidade (e.g.: sobre os seus pertences e dos outros) e socialização (e.g.: na relação com o outro). A **segunda parte** é constituída por oito domínios (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014): comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, ajustamento social e comportamento interpessoal perturbado.

Outra característica é a existência de cinco fatores que englobam os vários domínios agrupados (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014): autossuficiência comunitária, autossuficiência pessoal, responsabilidade pessoal e social, ajustamento pessoal e ajustamento social.

O preenchimento da escala tem por base a realidade dos comportamentos observados no seu quotidiano, sendo que qualquer pessoa, desde que tenha formação no âmbito da avaliação, da teoria adaptativa e do instrumento de avaliação, o poderá fazer, devendo ser preenchida apenas por uma pessoa que conheça bem o sujeito, de modo a que a cotação seja o mais próximo possível da realidade (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014).

As **cotações** diferem da Parte I para a Parte II: na Parte I existem duas formas de cotação (Santos e Morato, 2012a): **complexidade crescente** - os itens a cotar estão ordenados conforme a dificuldade, cotando o nível mais elevado do desempenho individual; e a **cotação dicotómica** - sim ou não, tendo por base se o indivíduo realiza ou não a tarefa. Na Parte II cota-se a **frequência** com que ocorrem os comportamentos,

sendo o valor ótimo zero (sem desajustamentos): 0=nunca, 1=ocasionalmente e 2=frequentemente (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014). Os valores dos itens de cada domínio são somados e conferem a pontuação do domínio. Os resultados da ECAP podem ser interpretados de acordo com os resultados e valores médios de cada domínio, de acordo com os valores dos itens ou ainda pelos valores dos fatores (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014).

Esta escala apresenta propriedades psicométricas adequadas (Santos, 2014; Santos et al., 2014): validade de conteúdo, valores de consistência interna variando entre .80 e .97, teste-reteste entre .46 (domínio de atividade económica) e .96, com valores de coeficiente de Pearson de moderado ($.40 < x < .81$). Ainda no mesmo estudo, os autores encontraram diferenças estatísticas significativas entre a população com DID e os seus pares típicos ($p < .01$).

Os autores sugerem cautela na interpretação dos resultados, especialmente aquando do diagnóstico. Esta escala fornece orientação para o desenvolvimento do plano de intervenção individualizado, bem como para as estratégias a utilizar (Santos et al., 2014).

Escala de Avaliação em Meio Aquático

A Escala de Avaliação em Meio Aquático - Domínio Competências Específicas em Meio Aquático é um instrumento de avaliação criado por duas estagiárias da Faculdade de Motricidade Humana, do Curso de Reabilitação Psicomotora, que tem vindo a ser adaptado, na instituição (CERCI Lisboa), de acordo com as necessidades dos clientes. Este instrumento pretende avaliar vários domínios de competências específicas: **A** – Entradas na água (Entradas diretas ou Saltos); **B** – Saídas da água; **C** – Adaptação ao meio aquático (Conforto e bem estar na água; Equilíbrio em meio aquático; Imersão); **D** – Controlo respiratório (Inspiração, expiração e apneia; Fatigabilidade; Propulsão); **E** – Estilos de natação (Movimentos fundamentais da técnica de Crawl, Costas, Bruços e Mariposa).

O instrumento engloba três tipos de cotação: dicotómica de “Sim” ou “Não” (no item Conforto e bem estar na água e em todos os itens do domínio Estilos de Natação); N (nunca)/ O (ocasionalmente)/ F (frequentemente) no item Fatigabilidade, e nos restantes itens por complexidade crescente.

Procedimentos

Quando selecionado o Estudo de caso a diretora da CERCI Lisboa entrou em contacto com os tutores do cliente em questão, de modo a que os mesmos assinassem o consentimento informado (anexo B). Uma vez assinado o consentimento informado, procedeu-se então à consulta da ECAP do cliente, doravante designado por J.V., preenchida anteriormente pela psicóloga da instituição. Em relação à Escala de Avaliação em Meio Aquático, foi aplicada no dia 10 de dezembro de 2015, durante a primeira sessão de AMA, na piscina do Casal Vistoso, entre as 10h15 e as 11h00. Para tal, foi realizado um planeamento de sessão de modo a verificar a realização dos itens avaliados na escala (anexo C). A intervenção bem como a avaliação foram realizadas pela estagiária numa sessão individual. Os resultados obtidos permitiram preencher a escala de avaliação servindo de base para o estabelecimento de um perfil com a definição posterior dos objetivos a trabalhar no âmbito da intervenção psicomotora em meio aquático. No final de toda a intervenção foi então realizada uma avaliação final, aplicando-se, novamente, a ECAP e a Escala de Avaliação em Meio Aquático, bem como através da observação informal das capacidades dos clientes do grupo de AM (de 2ª feira) nas últimas sessões de intervenção. De seguida serão então apresentados os objetivos definidos a desenvolver em cada etapa da estrutura das sessões de AM e AMA.

Sessões de Intervenção

Depois de realizada a avaliação inicial através da observação informal das capacidades dos clientes alvo de intervenção da estagiária (grupo 6), durante as sessões de AM, e em algumas atividades propostas pela estagiária foi possível definir os objetivos a desenvolver com o referido grupo de intervenção. Importa relembrar que este era um grupo reduzido (quatro elementos) com dificuldades ao nível das capacidades psicomotoras (em anexo é possível ler um planeamento de AM proposto – Anexo D).

A estrutura geral das sessões foi, sempre que possível fixa de modo a transmitir alguma organização e segurança aos clientes, procurando que os mesmos conseguissem prever o que se seguia na sessão e cada etapa previa os seguintes objetivos:

1. A **caminhada** visava a estimulação dos sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório; nesta fase, os clientes realizavam marcha pelas escadas e rampa desenvolvendo a coordenação motora global e o equilíbrio dinâmico;

2. Na **ativação geral** era desenvolvida a capacidade de noção de corpo e lateralidade, contribuindo para o aumento da flexibilidade e prevenção de lesões;
3. As **atividades específicas** incluíam essencialmente circuitos de tarefas (trabalho específico ao nível de fatores psicomotores como coordenação, equilíbrio, estruturação espacial, noção do corpo e lateralidade), alguns jogos coletivos de cooperação e de competição (recorrendo à utilização de arcos, bolas, pandeireta, etc.) e atividades de estimulação cognitiva (raciocínio, memória e resolução de problemas, recorrendo a cores, contagem de bolas, noção de “mais” e “menos”, etc.); visava-se a estimulação das capacidades psicomotoras mais elementares e a manutenção da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária; e
4. Na **conversa final de reflexão e auto-avaliação** foram estimuladas as capacidades de memória, comunicação verbal, explicação das atividades realizadas, as noções de orientação no tempo (nomear por ordem as atividades realizadas) bem como a noção do próprio comportamento (controlo/adequação comportamental e emocional; auto-avaliação).

Relativamente à AMA (sessão individual de 5ª feira), procurou-se essencialmente desenvolver questões relacionadas com a adaptação ao meio aquático, o controlo respiratório e os movimentos de progressão no espaço (através da caminhada, do batimento de pernas e do deslize – o anexo F representa uma sessão de AMA). À semelhança das sessões de AM, as sessões de AMA também seguiam uma estrutura geral fixa, com os seguintes objetivos:

1. **Ativação Muscular Geral:** consistia habitualmente em caminhar autonomamente pelo centro da piscina sem recorrer a nenhum apoio (i.e. cordas da piscina) e saltar (com rolo no meio das pernas, ou de mãos dadas com a estagiária) objetivando a estimulação dos sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório, desenvolvendo o equilíbrio e a autonomia no meio;
2. **Desenvolvimento das Atividades:** desenvolver a técnica de propulsão em decúbito dorsal e ventral recorrendo à utilização de rolos, colchões e apoio físico moderado; e,
3. **Retorno à calma/ Relaxação:** com o principal objetivo de promover o relaxamento e diminuição da tonicidade bem como diminuir a insegurança e aumentar o à-vontade com o meio aquático.

Avaliação Final do Grupo de Intervenção

Nas primeiras sessões foram realizadas diversas atividades de exploração de materiais, (e.g. banco sueco, colchão, arcos, bolas, bastões, espaldar, trampolim, cordas) e cada cliente mostrou um exercício diferente a fazer com esse material (e.g. rebolar, gatinhar, andar de lado/costas, etc.), sendo que todos experimentaram cada exercício proposto. Desta forma, foi possível perceber quais as aptidões e principais dificuldades de cada cliente. Para além disso, foram também realizadas atividades em grupo de modo a perceber as capacidades de iniciativa, criatividade, cooperação, motivação, entre outras. Da mesma forma, nas últimas sessões voltaram-se a realizar a exploração de materiais e as atividades em grupo, permitindo chegar a algumas conclusões:

- todos os clientes apresentaram melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico (e.g.: caminhar em cima do banco sueco sem apoio), maior agilidade e coordenação (e.g.: rebolar no colchão, rastejar por baixo das pernas dos colegas); melhoraram a capacidade de verbalização manifestando mais dificuldades os clientes J.V. (alvo do estudo de caso) e F.M.;
- ao longo da intervenção os clientes A.P. e C.A. foram necessitando cada vez menos de reforço verbal;
- o cliente alvo de estudo de caso (J.V.) revelou melhorias na manipulação com bolas, tanto com membros inferiores como superiores, bem como receção e lançamento; manifestou também melhorias na capacidade de apresentar estratégias para ultrapassar as barreiras físicas que apresenta (i.e. limitações na realização da flexão e extensão total dos membros e do tronco); ao longo da intervenção o cliente foi manifestando cada vez menos receio perante novas atividades propostas;
- o F.M. foi revelando maior capacidade de concentração nos exercícios propostos, necessitando, no entanto, de reforço verbal para se manter concentrado;
- a A.P. melhorou a capacidade de salto a pés juntos; melhorou a capacidade de esperar e de ouvir, e melhorou também o espírito de competição.
- a C.A. apresentou melhorias ao nível da motivação, competição e cooperação.

Uma vez apresentada a intervenção psicomotora na CERCI Lisboa – CTVA, segue-se a apresentação do estudo de caso.

2. Estudo de Caso – o J.V.

O cliente com quem a estagiária desenvolveu o estudo de caso foi selecionado pelo facto de ter intervenção em dois meios distintos, em meio aquático e em ginásio, nos quais a estagiária o poderia acompanhar. O J.V. tem 26 anos de idade, é do género masculino, apresenta como diagnóstico (no seu processo), Síndrome de Noonan, situação genética dismórfica, Paralisia Cerebral Espástica por sequela de sépsis neonatal, cardiopatia congénita operada aos 3 meses, atraso psicomotor com marcha independente e dificuldades intelectuais, frequentando a instituição em questão desde Abril de 2013.

O J.V. nasceu em Lisboa, a 18 de Agosto de 1989, com 40 semanas de gestação, tendo no momento atual 26 anos de idade. Ao 8º mês de gravidez houve uma ameaça de aborto. Quanto aos dados relativos à gravidez e ao nascimento, bem como ao histórico familiar e doenças hereditárias pouco se sabe uma vez que o cliente vive com um casal que designa como “padrinhos” e que o acolheram desde pouco depois do nascimento, sendo que os mesmos não têm conhecimento acerca dessas informações. No entanto o J.V. tem contacto esporádico com a mãe, com a irmã e com o irmão, tendo o pai falecido. A mãe é doméstica e os “padrinhos” reformados.

Aos 2 meses teve rubéola, desde cedo manifestou problemas cardíacos e com apenas 15 dias foi-lhe diagnosticada cardiopatia congénita, sendo depois aos 3 meses de idade sujeito a operações cirúrgicas no Hospital de Santa Cruz. Foi também sujeito a várias cirurgias a ambos os pés, uma vez que tem pé equino cavo varo, detetado desde o nascimento. Foi desde cedo detetado um “atraso” no desenvolvimento psicomotor. Relativamente ao percurso escolar, o J.V. frequentou o Decroli – Colégio de Ensino Especial- desde os 6 anos, tendo sido transferido, posteriormente para a CERCI Lisboa, em 2013.

Ao nível dos apoios que usufrui na CERCI Lisboa CTVA, integra as sessões de AM (1h/sem), estando inserido num grupo com mais 3 elementos, as sessões de AMA (45min/sem) são individuais dadas as necessidades de apoio que necessita, apesar de estar inserido num pequeno grupo. Para além dos trabalhos na sala que ocupa a maioria do seu horário, tem também fisioterapia à 3ª feira (30min) e à 5ª feira (1h), e caminhada 4ª feira à tarde. Assim, em termos de horário, a estagiária intervinha com o cliente nas sessões de AM às 2ª feira das 15h às 16h, e nas sessões de AMA à 5ª feira das 10h15 às 11h.

Para uma melhor compreensão do estudo realizar-se-á seguidamente uma caracterização sumária do caso, os instrumentos utilizados para as avaliações iniciais e

finais, os seus resultados e os objetivos do estudo de caso, tal como o plano de intervenção elaborado tendo em conta as áreas fortes e as áreas a desenvolver do cliente, sendo finalmente, delineadas as principais conclusões e recomendações.

Instrumentos e Procedimentos

Tal como referido anteriormente, o J.V. foi avaliado através da ECAP e da Escala de intervenção em meio aquático, de acordo com o protocolo de ambos os instrumentos bem como através de observação informal das suas capacidades.

Os resultados obtidos nas avaliações iniciais serviram de base para o estabelecimento de um perfil com a definição dos objetivos a trabalhar no âmbito da intervenção psicomotora em ambos os meios (terrestre e aquático).

Os resultados da avaliação inicial da ECAP (tabelas 4 a 13) foram consultados no dia 18 de dezembro de 2015. Esta avaliação não foi aplicada pela estagiária uma vez que tivera sido aplicada antes pela Psicóloga da instituição. No entanto, a estagiária aplicou a mesma para a avaliação final, aquando a conclusão das sessões de AM, i.e., no fim do mês de maio de 2016, com a colaboração da técnica de sala (dando uma ajuda significativa nas capacidades mais direcionadas para a sala, i.e., escrever, recortar,, rasgar, pintar, etc., bem como outros comportamentos) e do monitor que colabora no balneário das piscinas (dado que tinha maior conhecimento quanto às autonomias do cliente).

Os resultados da avaliação inicial da Escala de intervenção em meio aquático foi realizada na primeira sessão de AMA, pela estagiária, a 10 de dezembro de 2015. Da mesma forma, a avaliação final foi realizada após a conclusão da intervenção, a 5 de maio de 2016.

Resultados das Avaliações e Análise Global

AM

De modo a facilitar a análise dos resultados das avaliações inicial e final, procedeu-se à apresentação desses resultados em tabelas (4 a 13), comparando-se com as pontuações máximas possíveis em cada domínio/fator. Desta forma, no âmbito da **Autonomia** (tabela 4), no que diz respeito à avaliação inicial, o J.V. apresenta cotações relativamente baixas (34 pontos em 130). No entanto é de realçar que houve vários itens (ao nível da higiene, aparência, cuidados com o vestuário e vestir/despir), que não foram preenchidos uma vez

que não era do conhecimento do avaliador. O J.V. obteve neste domínio da **Autonomia** melhor cotação na **alimentação**, onde se verifica que come sozinho com garfo, apesar de entornar parte da comida, bebe por um copo sem ajuda, com asseio (com uma ou duas mãos), não atira comida nem engole a comida sem mastigar, mas mastiga os alimentos com boca aberta, deixa cair comida na mesa ou no chão e fala de boca cheia. O cliente não usa guardanapo, não atira comida do prato dos outros, come a uma velocidade considerada normal e não brinca com a comida. Também não encomenda nem escolhe comida em locais públicos.

Em relação à **utilização de casa** de banho, o J.V. tem ocasionalmente acidentes durante o dia relativamente ao controlo dos esfíncteres, apesar da total autonomia na casa de banho, sendo capaz de lavar as mãos e a cara com sabonete e água quando solicitado. O banho, higiene pessoal e lavagem dos dentes não foram avaliados.

Relativamente à **aparência**, o cliente apresenta a barriga proeminente devido à postura, os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas, a marcha é realizada com as pontas dos pés virados para dentro e anda em bicos de pés como forma de deslocação. O **vestuário, cuidados com o vestuário, lavar roupa e vestir** não foram avaliados. Quanto ao **despir**, despe e desaperta a maioria das roupas com ajuda. Quanto aos sapatos apenas descalça os sapatos com ajuda.

O subdomínio com menor cotação e portanto, menor autonomia foi o da **deslocação**, onde se verifica que o cliente perde-se sempre que sai da sua área de residência sozinho, não anda sozinho de avião, taxi ou transportes públicos, mas anda em carros particulares, com segurança (e.g.: quieto, com o cinto, etc.). Não atravessa a estrada sozinho e em segurança, nem se desloca autonomamente para assistir a atividades de recreação sozinho. Para além disto, o cliente não reconhece perigos possíveis na rua ou recinto escolar (i.e., centro).

Os **outros itens de autonomia** indicam que o J.V. não utiliza telefones, não sabe a sua morada nem onde pedir ajuda médica ou onde são os correios, não sabendo ainda tratar de ferimentos simples, não tendo consciência de possíveis perigos.

Por sua vez, na avaliação final verifica-se uma melhoria na pontuação, aumentando para 57 em 130 pontos. Verifica-se melhoria em todos os sub-domínios do Domínio Autonomia, realçando novamente que, ao contrário da avaliação inicial, na avaliação final já foram preenchidos todos os itens, podendo explicar o aumento notório neste domínio. A **alimentação** continuou a ser o sub-domínio com melhor cotação, evoluindo no uso dos utensílios de mesa e no beber, comendo adequadamente com faca

e garfo e bebendo sem entornar, segurando o copo com uma mão. Relativamente às maneiras à mesa, houve algumas diferenças, tais como: o J.V. engole os alimentos sem os mastigar, não deixa cair a comida na mesa/chão, usa o guardanapo desde que utilizada instrução verbal, come demasiado rápido e brinca com os dedos na comida. Para além disso, nesta avaliação considerou-se que o cliente é capaz de escolher itens simples numa cantina ou num bar quando lhe são dadas algumas opções.

A utilização do papel higiénico de forma correta na **autonomia na casa-de-banho** apenas se verifica algumas vezes. No que diz respeito à **higiene**, verificou-se que o cliente no banho coopera quando é lavado e seco por outros, é asseado, i.e. cheira bem das axilas, muda de roupa interior com regularidade, a pele está limpa autonomamente, no entanto, não limpa as unhas sozinho, nem se assoa ou penteia sozinho. Quanto à **aparência**, apenas se acrescenta que o cliente combina as cores de roupa que usa, estando bem passada e limpa, e adequada às condições atmosféricas, apesar desta responsabilidade ser alimentada pelos tutores. O cliente não é capaz de distinguir sapatos de trabalho dos de cerimónia, nem escolhe roupas diferentes para diferentes ocasiões formais e informais, no entanto o mesmo sabe cuidar do seu vestuário.

Relativamente ao **cuidado com o vestuário**, o J.V. não limpa os sapatos quando necessário nem pendura a roupa sem instrução verbal (dadas as limitações físicas que o impedem de realizar a extensão e flexão total dos membros e tronco), mas arruma e guarda a roupa nas gavetas/armários e chama a atenção para a falta de botões, buracos ou remendos na roupa. O cliente não participa na tarefa de lavagem da roupa. O mesmo é capaz de se vestir com instrução verbal, apertando-as (abotoando-as, subir o fecho, etc.) com ajuda física. Em relação ao **despir**, na avaliação final verificou-se uma evolução uma vez que o cliente já é capaz de se despir sozinho, se não tiver botões difíceis de tirar e com exceção das meias, novamente devido às dificuldades físicas que apresenta (i.e. em fletir o tronco).

No sub-domínio da **deslocação** as avaliações obtiveram cotações semelhantes à exceção da mobilidade, uma vez que se considera que o cliente é capaz de se deslocar autonomamente para assistir a atividades de recreação, desde que dentro do centro. Por fim, nos **outros itens de autonomia** as cotações das avaliações também se mantiveram iguais.

Tabela 4 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Autonomia (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
I. Autonomia	A. Alimentação	11	22	14
	B. Utilização da casa de banho	10	12	9
	C. Higiene	4 ⁽¹⁾	23	8 ⁽²⁾
	D. Aparência	4 ⁽¹⁾	15	9
	E. Cuidados com o vestuário	0 ⁽¹⁾	8	3
	F. Vestir e despir	3 ⁽¹⁾	18	11
	G. Deslocação	1	16	2
	H. Outros itens de Autonomia	1	16	1
Total		34	130	57

⁽¹⁾ Alguns itens não foram respondidos uma vez que só se verificam em casa e a pessoa que preencheu a escala não sabia dar resposta.

⁽²⁾ O item relativo à escovagem dos dentes não foi respondido.

No domínio do **Desenvolvimento Físico** (Tabela 5), o J.V. alcançou na avaliação inicial pontuação máxima no **desenvolvimento sensorial** (sem dificuldades em ver ou ouvir), no entanto, ao nível do **desenvolvimento motor**, o cliente apenas permanece em pé por 5 minutos ou mais com ajuda, não revelando um bom nível de eutonia (i.e.: é hipotónico), não desce as escadas alternadamente, nem salta. Por outro lado, o cliente é capaz de andar sozinho e correr, bem como de subir e descer escadas sozinho. O mesmo aponta com exatidão todas as partes do corpo quando solicitado. Ao nível da praxia fina o J.V. não revela dificuldades a não ser na manipulação e correta utilização da tesoura. É capaz de apanhar e agarrar uma bola (apesar de alguma dificuldade), relativamente ao lançamento da bola apenas é capaz de realizar por baixo (devido às limitações físicas que apresenta). É ainda capaz de pontapear uma bola, não sendo no entanto capaz de a driblar. O cliente utiliza de forma funcional todos os membros (superiores e inferiores), apesar de ter dificuldade na elevação, extensão e flexão dos mesmos. A avaliação final coincidiu com a inicial, mantendo a cotação máxima no desenvolvimento sensorial e aumentando um ponto no desenvolvimento motor, no item “Salta ou Pula”.

Tabela 5 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Desenvolvimento Físico (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
Desenvolvimento Físico	A. Desenvolvimento Sensorial	6	6	6
	B. Desenvolvimento Motor	23	32	24
Total		29	38	30

O domínio da **Atividade Económica** (tabela 6) apresentou valores nulos na avaliação inicial, pois não manuseia/planeia o dinheiro, não recorre a serviços bancários e não realiza recados/compras, sendo uma das áreas com mais dificuldades. Na avaliação final foi considerado um ponto uma vez que o cliente é capaz de comprar café na máquina do centro desde que com supervisão apertada (coloca as moedas na máquina, dadas pelo técnico previamente, seleciona o botão com ajuda, mas não transporta o café para a mesa).

Tabela 6 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Atividade Económica (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
Atividade Económica	Manuseamento do dinheiro e planeamento da sua utilização.	0	30	1
Total		0	30	1

O **Desenvolvimento da Linguagem** (Tabela 7) apresenta uma cotação baixa na avaliação inicial (8 em 50 pontos), revelando que o J.V. tem dificuldades na expressão pré-verbal (i.e. não sorri para expressar alegria, não indica que tem fome nem indica desejos através de ruídos vocais ou apontando, nem para expressar prazer ou desagrado, não imita sons de objetos ou animais nem comunica por gestos). É capaz de nomear pessoas/objetos na descrição de imagens, fala apenas através de frases primitivas ou de forma não verbal, sendo este discurso baixo, fraco, sussurrado e difícil de ser ouvido, com bloqueios, hesitações e outras interrupções irregulares. No entanto o discurso nem é lento, deliberado ou trabalhado nem apressado, acelerado ou precipitado. Para além disto, o J.V. não consegue escrever (apesar de agarrar a caneta/lápis).

Quanto à **compreensão verbal** o cliente responde corretamente a frases simples (e.g. pára, senta-te, vem cá, etc.) e não reconhece palavras escritas. Relativamente ao **desenvolvimento da linguagem social** o cliente apresenta elevadas dificuldades na conversação (uma vez que não cumprimenta os outros de forma adequada, nem utiliza frases como “obrigado” e “por favor”, não respeita as regras implícitas numa conversa, nem exprime ideias de forma clara). O cliente apenas responde quando abordado.

Na avaliação final verificaram-se algumas evoluções (20 pontos em 50). Verifica-se que o J.V. já é capaz de indicar que tem fome e de **expressar** por ruídos vocais os seus desejos e de expressar prazer/desagrado, é também capaz de imitar sons de objetos ou animais e de falar através de frases simples. O cliente é capaz de escrever passando por cima do lápis. Verificam-se também melhorias na **compreensão de instruções verbais**, sendo agora capaz de compreender instruções envolvendo uma

série de passos (e.g. “primeiro faz X, depois faz Y”). No que diz respeito ao **desenvolvimento da linguagem social** o cliente já cumprimenta os outros de forma adequada e é capaz de utilizar frases como “por favor” e “obrigado” se solicitado.

Tabela 7 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Desenvolvimento da linguagem (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
Desenvolvimento da linguagem	A. Desenvolvimento da linguagem	5	18	10
	B. Expressão	1	11	4
	C. Compreensão verbal	1	8	3
	D. Desenvolvimento linguagem social	1	13	3
Total		8	50	20

No domínio dos **Números e Tempo** (tabela 8) o sujeito apresenta cotação nula na avaliação inicial revelando dificuldades na compreensão do conceito de números e em ver e compreender as horas, não compreendendo o conceito de tempo. Não nomeia os dias da semana, nem meses, estações do ano, nem sabe a data atual. Na avaliação final o J.V. revelou ser capaz de contar mecanicamente até dez.

Tabela 8 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio do Números/Tempo (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
V. Números e Tempo		0	20	3
Total		0	20	3

Situação idêntica à anterior acontece na avaliação inicial do domínio **Atividade Doméstica** (tabela 9) uma vez que o J.V. não limpa o espaço próprio, não trata do vestuário, não põe nem levanta a mesa, nem participa na preparação das refeições. No entanto, na avaliação final verificou-se que o J.V. se esforça por limpar o seu próprio espaço, com instrução verbal, apesar de não o fazer na totalidade, é capaz de colocar os pratos, copos e talheres na mesa com apoio verbal, apesar de não estar habituado a fazê-lo. Da mesma forma, é também capaz de levantar a mesa com pratos e copos quebráveis. Continua no entanto sem ser capaz de realizar deveres domésticos como lavar pratos, fazer a cama, etc..

No domínio **Atividade Pré-profissional** (tabela 9) é possível observar na avaliação inicial que o indivíduo realiza trabalhos simples como despejar o lixo, é pontual e assíduo, e permanece no seu lugar não se levantando sem permissão. No entanto, não revela ser cauteloso evitando acidentes, não toma conta dos seus materiais nem é organizado e preciso; apenas completa o trabalho se encorajado e com supervisão

constante e não acata as solicitações do trabalho/escola. A avaliação final deste domínio não teve alterações em relação à avaliação inicial.

Tabela 9 - Resultados da avaliação inicial e final no domínio da Atividade Doméstica e Pré-profissional (ECAP - Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
Atividade doméstica	A. Limpeza	0	10	1
	B. Cozinha	0	9	3
	C. Outros deveres domésticos	0	6	0
	Total	0	25	4
Atividade Pré-profissional		4	11	4
Total		4	11	4

No domínio da **Personalidade** (tabela 10) na avaliação inicial o J.V. revela iniciativa na maioria das atividades, não necessitando de reforço/ordens para realizar as tarefas, sendo bem-sucedido na sua consecução. No entanto, desperdiça algum tempo na concretização das tarefas, necessita de ajuda para executá-las e por vezes não tem movimentos funcionais e ajustados. É também capaz de prestar atenção a atividades significativas até 5 minutos. Motiva-se facilmente e mantém-se na mesma atividade sem saltar para outra, mas tem dificuldade em organizar as tarefas. Quanto à ocupação dos tempos livres, participa em atividades de recreação quando organizadas para ele. Na avaliação final, apesar de se manter a mesma cotação total, verifica-se mudanças em alguns itens, nomeadamente na iniciativa e atenção, i.e., considerou-se agora que o cliente apenas participa nas atividades quando solicitado ou designado e é capaz de prestar atenção a atividades significativas por mais de 15 minutos.

Quanto ao domínio da **Responsabilidade** (tabela 10), na avaliação inicial verificou-se que o J.V. é responsável pelos seus objetos pessoais e em cumprir as suas responsabilidades. Tem, no entanto, dificuldade em manter o autocontrolo, compreender o conceito de pontualidade e participar a existência de um problema. O mesmo se verificou na avaliação final.

No domínio **Socialização** (tabela 10), na avaliação inicial mostra-se disponível para ajudar os outros se solicitado, demonstrando consideração pelos sentimentos dos outros, reconhece as pessoas e sabe os seus nomes, não tendo no entanto conhecimento de informações sobre os outros, interage com os outros (pelo menos num curto espaço de tempo), participa em atividades de grupo quando encorajado, espera pela sua vez e partilha com os outros e gosta muito de agarrar as mãos a todas as pessoas. Na avaliação final verificaram-se alterações em relação à consideração pelos outros, considerando-se que o cliente não demonstra neste momento consideração pelos

sentimentos dos outros adotando, por vezes, comportamentos agressivos quando interpelado. Considera-se também que o cliente aceita a crítica (a maior parte das vezes).

Tabela 10 - Resultados da avaliação inicial e final nos domínios da Personalidade, Responsabilidade e Socialização (ECAP – Parte I)

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação Final
Personalidade	A. Iniciativa	7	11	4
	B. Perseverança	6	12	9
	Total	13	23	13
Responsabilidade		5	11	5
Socialização		15	27	15

Em suma, segundo a avaliação inicial as áreas com pontuações mais baixas, e por isso com maiores dificuldades no comportamento adaptativo, correspondem às atividades económicas e domésticas, números e tempo seguindo-se da atividade pré-profissional, responsabilidade e desenvolvimento da linguagem, como verificado na tabela 11. Os domínios com maior dificuldades na avaliação final mantiveram-se, à excepção da linguagem. De um modo geral, verificam-se evoluções na maioria dos domínios, sendo mais evidentes especialmente nos domínios da autonomia e linguagem.

Por outro lado, os domínios onde o J.V. revela ter menos dificuldades, e por isso são consideradas como áreas fortes são: autonomia, desenvolvimento físico, personalidade e socialização.

Tabela 11 - Resultados da avaliação inicial e final de todos os domínios da Parte I da ECAP

Domínios da parte I	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação Final
I. Autonomia	34	130	57
II. Desenvolvimento Físico	29	38	30
III. Atividade Económica	0	30	1
IV. Desenvolvimento da Linguagem	8	50	20
V. Números e Tempo	0	20	3
VI. Atividade Doméstica	0	25	4
VII. Atividade Pré-profissional	4	11	4
VIII. Personalidade	13	23	13
IX. Responsabilidade	5	11	5
X. Socialização	15	27	15

Na parte II há que referir que a cotação ideal é 0, correspondendo ao comportamento mais ajustado.

Tabela 12 - Resultados da avaliação inicial e final dos domínios da Parte II da ECAP

Domínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação Final
XI. Comportamento social	23	0	22
XII. Conformidade	20	0	24
XIII. Merecedor de confiança	3	0	8
XIV. Comportamento estereotipado e hiperativo	24	0	21
XV. Comportamento sexual	0	0	1
XVI. Comportamento auto-abusivo	2	0	3
XVII. Ajustamento social	5	0	5
XVIII. Comportamento interpessoal perturbado	12	0	15

Os resultados apresentados na tabela 12 indicam que na avaliação inicial o J.V. revela alguns **comportamentos sociais** desajustados: magoa indiretamente os outros, provocando-os e gozando com eles frequentemente, e ocasionalmente insulta as pessoas, empurra/arranha/belisca/puxa cabelos e/ou as orelhas aos outros, bem como os pontapeia, bate ou esbofeteia e asfixia, chora e grita, diz mal dos outros. Ocasionalmente empurra as pessoas de um lado para o outro, utiliza linguagem obscena e culpa os outros pelos seus próprios erros. Quando contrariado aborrece-se frequentemente, com birras temperamentais consequência de uma fraca tolerância à frustração. Na avaliação final considerou-se que o cliente não insulta as pessoas e nunca pontapeia, bate ou esbofeteia os outros, no entanto empurra, arranha ou belisca e puxa o cabelo dos outros frequentemente. Diz mal dos outros ocasionalmente, nunca pragueja, amaldiçoa ou utiliza linguagem obscena, mas grita ou berra ameaças de violência ocasionalmente. Nunca se afasta ou amua quando contrariado, mas culpa frequentemente os outros pelos seus próprios erros. Os restantes itens mantiveram a mesma avaliação.

Relativamente ao domínio da **conformidade**, na avaliação inicial revelou-se que o J.V. frequentemente viola regras e regulamentos (e.g. comer em áreas restritas), fica aborrecido com uma ordem direta, ressentido contra pessoas com autoridade, é hostil e ridiculariza essas pessoas e não regressa ao local desejado depois de ir a um determinado lugar. Ocasionalmente tem atitudes negativas acerca das regras e usualmente não se conforma, tem de ser forçado a dirigir-se a filas de espera, hesita muito tempo antes de fazer tarefas atribuídas e faz o oposto que lhe é solicitado. Na avaliação final verificou-se que o cliente tem frequentemente uma atitude negativa acerca das regras, não se conformando com as mesmas, violando regras e regulamentos ocasionalmente, o que também faz quando recusa participar em atividades obrigatórias, finge não ouvir e não segue as instruções dadas e recusa-se a trabalhar em atividades

atribuídas. Também deixa ocasionalmente o local de uma atividade solicitada sem pedir permissão.

No domínio ***merecedor de confiança*** a cotação de 3 na avaliação inicial revela que ocasionalmente mente acerca de situações, de si próprio e dos outros. Na avaliação final a cotação subiu para 8, sofrendo alterações nos seguintes itens: distorce a verdade em seu proveito (frequentemente) e mente sobre, si próprio e dos outros (frequentemente). É de lembrar que a cotação ótima é zero.

No âmbito do ***comportamento estereotipado e hiperativo***, na avaliação inicial verifica-se frequentemente a existência de estereotípias (e.g.: movimentos constantes com as mãos, bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente, mexe ou abana partes do corpo repetidamente), aperta e agarra os outros com força excessiva não os deixando ir embora, repete continuamente uma palavra ou frase e imita o discurso dos outros também frequentemente. Ocasionalmente: fala demasiado próximo da cara dos outros, abraça os outros, dá gargalhadas histéricas, fala alto ou grita aos outros sem motivo aparente e ri de forma inapropriada. Fala também excessivamente ocasionalmente, é incapaz de ficar sentado num lugar muito tempo, é irrequieto e move-se constantemente, ocasionalmente. A avaliação final indica que houve alteração de comportamentos em alguns itens: as mãos não apresentam movimentos constantes, bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente ocasionalmente, nunca abraça os outros, ri frequentemente de forma inapropriada, fala excessivamente frequentemente, e anda ocasionalmente aos encontros (não se desviando dos obstáculos).

Na avaliação inicial não se regista a existência de ***comportamentos sexuais*** impróprios, identificando-se ***comportamentos auto-abusivos*** ocasionais: hábitos e tendências excêntricas (e.g. medo de subir ou descer escadas) e comportamentos de autoagressão (e.g. bate-se). Na avaliação final considerou-se que, relativamente ao domínio do comportamento sexual, o cliente ocasionalmente tira inapropriadamente os sapatos ou as meias (i.e. tira os sapatos com os calcanhares e as meias, não é capaz de tirar devido à dificuldade em fletir o tronco). Ao nível do comportamento auto-abusivo, o que se considerou de diferente na avaliação final foi que o cliente se bate frequentemente.

Ao nível do domínio ***ajustamento social***, na avaliação inicial constatou-se que o J.V. se mantém ocasionalmente na mesma posição por um longo período de tempo, senta-se e observa os outros sem fazer nada e sem motivo aparente também ocasionalmente, da mesma forma que esconde a cara em situações de grupo. Para além disso anda frequentemente em bicos dos pés. Na avaliação final verificou-se que o

cliente tem ocasionalmente uma expressão fixa (i.e. mantém um sorriso forçado por algum tempo) e anda ocasionalmente em bicos dos pés.

Por fim, no domínio do **comportamento interpessoal perturbado** é notório que, na avaliação inicial, o J.V. reagia mal a críticas (i.e. retira-se ou amua quando criticado, fica aborrecido e grita e chora quando corrigido, ocasionalmente), sendo ocasionalmente ciumento da atenção dada aos outros, pelo que agia de modo incorreto para chamar a atenção. Tinha ocasionalmente tendências hipocondríacas (e.g. fingia estar doente), mas sem sentimento de perseguição, não sobrestimando as suas capacidades. Verificou-se ainda que o cliente tem ocasionalmente alterações de humor sem razões aparentes, bem como não tem qualquer controlo emocional, e parece frequentemente inseguro ou com medo nas atividades diárias. Na avaliação final nota-se que o cliente fica frequentemente aborrecido quando criticado e grita e chora quando corrigido, no entanto nunca se retira ou amua quando criticado. Para além disso, age frequentemente de modo incorreto para ganhar a atenção dos outros e nunca age como doente depois da doença ter sido debelada. Tem frequentemente alterações de humor sem razões aparentes e parece não ter qualquer controlo emocional, no entanto ocasionalmente parece inseguro ou com medo nas atividades diárias.

As cotações obtidas nos fatores (tabela 13) da ECAP resultam do agrupamento dos domínios: na avaliação inicial foi possível observar que o J.V. apresenta maiores dificuldades ao nível da autonomia na comunidade e ajustamento pessoal e social, apresentando como área forte a autonomia pessoal. No entanto realça-se o facto de vários itens dos dois primeiros fatores não terem sido respondidos (3 itens do primeiro fator – Autonomia pessoal- e 4 do segundo fator – Autonomia na comunidade), o que pode ter influenciado esta constatação. Na avaliação final verifica-se que o J.V. apresentou melhorias em todos os domínios, mantendo maiores dificuldades ao nível do ajustamento pessoal. De acordo com os resultados, e de uma forma geral, o cliente evoluiu ao nível de algumas competências adaptativas, no entanto, o facto de os avaliadores responsáveis pela avaliação inicial e final serem diferentes, e conhecerem o cliente de formas diferentes pode ter influenciado de certa forma as avaliações.

Tabela 13 - Resultados da avaliação inicial e final dos Fatores da ECAP

Fatores	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação Final
Autonomia pessoal	61	112	72
Autonomia na comunidade	11	183	44
Responsabilidade social/ pessoal	36	70	36
Ajustamento pessoal	26	172	26
Ajustamento social	58	278	69

AMA

Os resultados da avaliação inicial da Escala de Avaliação em Meio Aquático indicam que o J.V.: realiza a entrada na água partindo da posição de sentado, sendo a entrada mediatizada pelo terapeuta, com apoio nas mãos; não realiza saltos; realiza a saída da água autonomamente, através das escadas de acesso utilizando os corrimões; mantém o equilíbrio dorsal com apoio (e.g.: flutuadores, terapeuta); realiza imersão facial sem sinais de desconforto aparentes; realiza expiração bucal com imersão da face; não manifesta sinais de fadigabilidade; executa movimentos de pernas, alternados, com apoio (e.g.: rolos, pranchas, terapeuta); não realiza quaisquer movimentos fundamentais das técnicas de crawl, costas, bruços ou mariposa. Por fim, em relação à adaptação ao meio aquático, verificou-se que o J.V. aceita o contacto da água com o rosto, olhos ou orelhas, sem se mostrar incomodado e sem limpar repetidamente, no entanto não abre os olhos dentro de água, manifesta resistência perante experiências novas, mantém o corpo em hipertonia procurando sempre apoio fixo, desloca-se de forma cautelosa e insegura no meio aquático e apresenta-se apreensivo, chorando por vezes.

Relativamente à avaliação final foram notórias melhorias essencialmente ao nível da adaptação ao meio aquático, mais especificamente no controlo e bem-estar na água. O J.V. passou a manifestar menos resistência perante experiências e novas atividades na água, menor hipertonia, procurando cada vez menos apoio fixo (i.e. cordas da piscina). Passou a deslocar-se de forma menos cautelosa e insegura no meio aquático e mostrou-se menos apreensivo, angustiado ou assustado. Relativamente aos outros itens avaliados, não foram significativas as mudanças. Tentou-se fazer o treino da entrada pelas escadas da piscina, no entanto o cliente desenvolver excessiva ansiedade e stress, provocando-lhe descontrolos intestinais e pondo assim em causa o decorrer de toda a sessão, pelo que se deixou de parte esse objetivo, em prol dos restantes.

Plano de Intervenção

Após a análise das informações recolhidas e dos resultados da avaliação inicial foi possível concluir que, em suma, o J.V. apresenta maiores dificuldades ao nível da autonomia na comunidade e ajustamento pessoal e social pelo que o plano de intervenção que a estagiária propõe para as sessões de AM (tabela 14) e AMA (tabela 15), tendo também em conta os objetivos traçados pelos técnicos da CERCI Lisboa, passa por:

Objetivos Gerais: manutenção da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária, a adaptação social e comunicação, e estimulação das funções psicomotoras.

AM

Tabela 14 - Plano de Intervenção proposto pela estagiária para as sessões de AM

	Objetivos Específicos	Critério de êxito	Estratégias	Avaliação final	Obs.
CERCI-Lx	Realizar as atividades propostas após cada instrução verbal	Com apoio verbal moderado e físico mínimo			A avaliação final por parte da CERCI Lisboa ainda não foi realizada.
Estagiária	Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório	Realizar as atividades propostas		Objetivo desenvolvido	O cliente realizou sempre as atividades propostas apesar de por vezes demonstrar alguma insegurança e receio em realizar os exercícios, mas com maior intensidade de apoio realizou-os.
	Desenvolver a coordenação motora global		<ul style="list-style-type: none"> • Instrução verbal simples e objetiva acompanhada de demonstração • Reforço positivo 	Objetivo desenvolvido	Desenvolvido através de atividades de agilidade, com utilização de arcos, passar por baixo das pernas dos colegas, rebolar no colchão, passar de lado nos bastões, etc.
	Desenvolver o equilíbrio dinâmico	Com apoio físico e verbal moderados	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback corretivo • Apoio físico 	Objetivo desenvolvido	Notou-se bastante evolução desta competência no exercício de caminhar em cima do banco sueco, no salar de arco em arco bem como corrida.
	Desenvolver a capacidade de noção de corpo			Objetivo desenvolvido	Através do aquecimento onde se identificavam as partes do corpo, bem como noutros exercícios.

AMA

Tabela 15 - Plano de Intervenção proposto pela estagiária para as sessões de AMA

	Objetivos Específicos	Critério de êxito	Estratégias	Avaliação final	Obs.
CERCI-Lx	Aumentar o grau de autonomia na concretização dos exercícios propostos	Com apoios físico e verbal moderados			A avaliação final por parte da CERCI Lisboa ainda não foi realizada.
Estagiária	Realizar a entrada pelas escadas da piscina	Com apoios físico e verbal moderados		Objetivo não foi atingido	Como este trabalho provocava demasiada ansiedade ao cliente, deixou de ser trabalhado.
	Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório	Realizar as atividades propostas	<ul style="list-style-type: none"> • Instrução verbal simples e objetiva • Reforço positivo • Demonstração • Feedback correctivo • Apoio físico e verbal 	Objetivo desenvolvido	O cliente realizou sempre as atividades propostas, mesmo que em algumas revela-se alguma insegurança mas acabou sempre por realizá-las, desenvolvendo os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório.
	Caminhar autonomamente na piscina	Sem qualquer apoio material ou físico		Objetivo atingido	Verifica-se grande evolução. O cliente é agora capaz de caminhar autonomamente na piscina necessitando no entanto de bastante apoio verbal.
	Desenvolver o equilíbrio e autonomia no meio aquático	Com apoio físico moderado e verbal mínimo		Objetivo atingido	O J.V. melhorou a sua capacidade de equilíbrio e autonomia no meio aquático.
	Desenvolver a capacidade de propulsão (batimento de pernas alternado)	Com apoio material e/ou físico moderado e verbal mínimo		Objetivo atingido	A capacidade de propulsão também foi melhorada. Verifica-se uma maior amplitude no movimento de batimento de pernas (que sempre foi muito ligeiro).
	Promover o relaxamento e diminuição da tonicidade bem como diminuir a insegurança e aumentar o à-vontade com o meio aquático	Com apoio material e/ou físico moderado e verbal mínimo		Objetivo desenvolvido	O J.V. revela uma maior capacidade em diminuir a tonicidade e em relaxar quando solicitado, mostrando-se mais seguro em comparação com a avaliação inicial.

Discussão dos Resultados

Das 16 sessões de AM, concretizaram-se 15. O cliente no início da sessão apresentava, com frequência, alguns comportamentos agressivos para a estagiária, como puxões de cabelo, agarrar braços e puxar lenços/cachecóis, apesar do “ar sorridente”. Esta situação foi discutida com outros técnicos, colocando-se a hipótese de ser um comportamento desafiador, de stress ou chamada de atenção, dado que antes da respetiva sessão o ginásio estava habitualmente ocupado com outro grupo de clientes, sendo um contexto movimentado e barulhento, podendo influenciar de alguma forma tal comportamento. Colocou-se essa hipótese porque, quando se dava início à sessão (ou após a caminhada, quando esse grupo sai do ginásio), esses comportamentos terminavam, sendo que o decorrer das sessões presseguiam sempre com tranquilidade. Em relação aos objetivos atingidos pelo J.V., é notório o maior à-vontade em saltar, subir e andar no espaldar, maior interação com os colegas, maior intervenção verbal nas sessões, aumento da motivação na realização das atividades, etc. revelando ainda algumas dificuldades, pelo que se aconselha a trabalhar alguns aspetos como: as cores, amplitude dos movimentos, agarrar bola, confiança no subir e andar no espaldar, capacidade de fazer escolhas (e.g. escolher o jogo/atividade favorita) e sentar no chão.

Por sua vez, das 16 sessões de AMA planeadas apenas se realizaram 6. Apesar de este cliente costumar ser assíduo, tendo sido este um fator de seleção para o estudo de caso, este ano coincidiu com várias consultas no horário das sessões, problemas de controlo intestinal possivelmente provocado pelo stress e ansiedade em realizar a entrada na piscina pelas escadas, motivo pelo qual a dada altura se deixou de fazer esse treino, melhorando assim essa situação. Apesar de através da escala de avaliação no meio aquático não se identificarem grandes evoluções do J.V., através da prática foram notórias várias evoluções não mensuráveis pela escala, e.g. menor necessidade de apoio material, na propulsão em decúbito ventral, apoiando-se nos ombros da estagiária, algo que inicialmente era muito complicado devido à hipertonia do cliente. Quanto à entrada pelas escadas da piscina, era necessário o apoio de duas pessoas (estagiária e orientadora) uma dando apoio no cais da piscina e ajudando na descida dos braços, e outra dentro da piscina ajudando na colocação dos pés no degrau inferior. O cliente é capaz de realizar o objetivo proposto, com ajuda verbal, no entanto demonstra muita insegurança gritando e por vezes defecando nos calções de banho sem aviso prévio. Por este motivo, e uma vez que sempre que defecava nos calções deixava de poder realizar a sessão, deixou-se de insistir nesse treino para não colocar em causa o resto da sessão, não criando assim stress e ansiedade ao cliente.

3. Outras Atividades

No decorrer do estágio, para além da intervenção propriamente dita, nas atividades em meio aquático e na atividade motora, a estagiária pôde também observar e colaborar, no teatro, dança, bombarte, nas sessões de movimento, na fisioterapia, snoezelen, nas sessões de estimulação, reuniões do grupo de representação dos clientes, na dinâmica das várias salas, cerâmica, desenho e arte, intervenção das terapeutas ocupacionais, vela e canoagem, entre outras. Para além destas, a estagiária participou noutras atividades que serão de seguida resumidas:

- **“Marcha Ambiental”**- atividade organizada pela CERCI Lisboa no âmbito dos intercentros, no dia 23 de outubro de 2015, sexta-feira, nos jardins de Monsanto, entre as 10h00 e as 13h00. Contou com a participação de nove organizações que pertencem aos intercentros (das 21 organizações, como mencionado anteriormente) perfazendo um total de 145 participantes. Após a atividade houve espaço para um almoço de piquenique e convívio para as organizações que quisessem participar, sendo que cada uma garantia a refeição dos seus clientes, este convívio prolongou-se até às 15h00;
- **“Festa de Halloween”**- no dia 30 de outubro de 2015 realizou-se a festa de Halloween na sala de convívio do CTVA, das 14h00 às 22h00. Para além do convívio entre clientes, técnicos e funcionários houve baile com vários géneros musicais para agradar todos os gostos. O espaço foi decorado com desenhos, fantasmas, esqueletos, bruxas, morcegos e abóboras realizados pelos clientes com orientação das monitoras das respetivas salas. Houve também um jantar conjunto;
- **“Peddy Papper do Magusto”**- no dia 12 de novembro de 2015 realizou-se no Parque do Calhau, em Monsanto, o Peddy Papper do Magusto, entre as 9h30 e as 12h30. Esta atividade, organizada pelo Espaço Monsanto e destinado à CERCI Lisboa (aos três CAO) e APPACDM CAO da Ajuda, era composto por três estações: na primeira, era pedido que se juntassem a pares e que um membro de cada par vendasse os olhos e o outro colega deveria guiá-lo até aos vários objetos que estavam pendurados numa corda (e.g. tecido, guiso, cartucho de papel para colocar castanhas, ramo de árvore, castanhas, bolotas), sendo que o cliente que tinha os olhos vendados deveria adivinhar que objeto era, através do tato. Na segunda estação apelou-se ao sentido do olfato, tendo sido apresentados vários cheiros (e.g. tomilho, orégãos, alecrim, alfavaca, erva doce) e os clientes deveriam adivinhar ao que correspondia esse cheiro. A terceira estação desafiava os clientes a subirem um

percurso íngreme com algumas pedras e troncos pelo caminho; no final do Peddy Papper houve para além do convívio, partilha de castanhas;

- **“Festa de Natal”**- no dia 17 de dezembro de 2015 realizou-se no CTVAA a festa de Natal da CERC Lisboa, com a presença e participação dos três CAO's (Espaço da Luz, Olivais e CTVAA) e da formação profissional, bem como as respetivas famílias de cada cliente. A festa teve início às 15h00 e terminou por volta das 18h00. Cada centro fez pelo menos uma apresentação (e.g. apresentação de uma canção, apresentação dos BOMBARTE, teatro, dança, etc.). A estagiária participou na apresentação de teatro do CTVAA. Depois das apresentações houve, na sala de convívio, venda de comida e bebida, bem como venda de materiais realizados pelos clientes do CTVAA;
- **“Evento AQUASUB GO Fit”**- no dia 18 de dezembro de 2015, realizou-se na piscina GO Fit, nos Olivais, uma atividade aquática dinamizada pela Federação Portuguesa de Atividades Subaquáticas, onde um grupo de 11 clientes dos diversos CAO pode experimentar hóquei subaquático e mergulho com máscara e barbatanas. Esta atividade durou aproximadamente 1h30;
- **“Atividade de Paddle Surf”**- no dia 22 de janeiro de 2016, realizou-se na piscina municipal de Barcarena a atividade de paddle surf, onde participaram 3 clientes do CTVAA, 3 dos Olivais e 3 clientes do Espaço da Luz, todos com à vontade no meio aquático e autonomia no balneário, a acompanhar foram 5 técnicos. A atividade teve início às 10h e terminou às 13h, sendo que de seguida houve um almoço e tempo de convívio e descontração;
- **“Atletismo”**- atividade organizada pela CERC IAMA no âmbito dos intercentros. Realizou-se no dia 5 de fevereiro de 2016, sexta-feira, no parque de jogos 1º de maio INATEL, teve início às 10h00 e terminou aproximadamente às 13h00. Do CTVAA participaram 8 clientes;
- **“Matiné Dançante”**- atividade organizada pela CERC Oeiras no âmbito dos intercentros, no dia 26 de Fevereiro de 2016, sexta-feira, no ginásio do centro da CERC Oeiras, entre as 10h00 e as 13h00, com 5 clientes do CTVAA;
- **“Nada lá”**- atividade organizada pela APERCIM, no âmbito dos intercentros, na piscina municipal da Venda do Pinheiro, no dia 28 de abril de 2016, quinta-feira, com saída do centro às 10h00 e chegada às 16h00, contando com a participação de cerca de 10 clientes dos 3 CAO da CERC Lisboa;

- **“Cuide do seu Coração”**- no dia 18 de maio de 2016 decorreu uma atividade organizada pela Câmara Municipal de Lisboa em parceria com a Fundação Portuguesa de Cardiologia, no âmbito das Comemorações do Mês do Coração - este ano subordinado ao tema “ Insuficiência Cardíaca”, com início às 10h30 com um aquecimento envolvendo música seguindo-se uma caminhada de cerca de uma hora - a partida foi na Praça da Figueira passando pelo Terreiro do Paço e voltando ao ponto de partida. Nesta atividade participaram cerca de 10 clientes da CERCI Lisboa, um dos quais era o estudo de caso da estagiária, que demonstrou bastante entusiasmo em participar na atividade;
- **“Jogos da Primavera”**- atividade organizada pelo Elo Social, no âmbito dos intercentros, no dia 19 de maio de 2016, nas instalações do Elo Social, entre as 10h00 e e as 15h00.

4. Projeto de Investigação

Paralelamente à intervenção psicomotora, a estagiária foi desafiada a planear e a concretizar um projeto de intervenção/investigação inovador e que complementasse, de alguma forma, todo o trabalho desenvolvido na CERC Lisboa, pelo que o projeto de investigação selecionado será apresentado em seguida.

Atitudes Face à População com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: estudo comparativo entre regiões de Portugal

Introdução

Os direitos e a participação social das pessoas com deficiência tem sido um dos temas mais destacados na última década a nível mundial (e.g.: ONU, 2006), ao nível da investigação e legislação, mas as pessoas com deficiência, e em particular com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID), ainda sofrem discriminação social, sendo marginalizadas e descredibilizadas, quer a nível internacional (Siperstein, Parker, Norins e Widaman, 2011) quer a nível nacional (Santos, 2010), confrontando-se com inúmeras barreiras na vida diária e na participação social (Ahlborn, Panek e Jungers, 2008; Siperstein, Norins, Corbin e Shriver, 2003). Grande parte dos obstáculos é gerada pelas atitudes da população (Antonak e Livneh, 2000), que se forem negativas prejudicam a qualidade da sua inclusão (Burge, Ouellete-Kuntz e Lysaght, 2007), mas se se positivas podem facilitar a participação, e promover a aceitação (Findler, Vilchinsky e Werner, 2007), pelo que a compreensão das atitudes se afigura como uma necessidade emergente e atual, para a identificação dos fatores que dificultam ou facilitam a participação das pessoas com DID (Morin, Rivard, Crocker, Boursier e Caron, 2013b).

As atitudes desempenham um papel preponderante nos comportamentos que selecionamos como resposta aos outros (McCaughey e Strohmer, 2005; Morin, Rivard, et al. 2013b). A *Atitude* refere-se a uma predisposição para agir de forma estereotipada e previsível na presença de pessoas que fazem parte de determinado grupo (McCaughey e Strohmer, 2005). Apesar de não haver ainda uma definição consensual, parece haver uma compreensão global da sua multidimensionalidade, englobando as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental (Findler et al., 2007). A dimensão afetiva refere-se à quantidade de sentimentos negativos ou positivos a respeito de um determinado grupo de pessoas (neste caso pessoas com DID); a dimensão cognitiva diz respeito às ideias, pensamentos, percepções, crenças e opiniões que se tem acerca desse grupo; e, a

dimensão comportamental relaciona-se com a intenção ou tendência para agir de determinada forma na presença do outro (Findler et al., 2007).

Atitudes negativas (e.g.: rótulos e preconceitos) para com pessoas com DID levam à estigmatização (Goreczny, Bender, Caruso e Feinstein, 2011; Yazbeck, McVilly e Parmenter, 2004) que envolvem uma percepção de desvio à norma e implicam, geralmente, atribuições gerais sobre a identidade e personalidade da pessoa, e ocorrem quando alguém é julgado negativamente por ser diferente, i.e., por se desviar das normas sociais dominantes (Jahoda e Markova, 2004). As atitudes negativas e a estigmatização dificultam a participação das pessoas com DID na comunidade (Schwartz e Armony-Sivan, 2001), afetando as suas oportunidades na vida diária (Findler et al., 2007) e sendo uma barreira para a sua empregabilidade (Scheid, 2005).

A identificação e compreensão das atitudes públicas face às pessoas com DID pode deter repercussões com impacto no sucesso das políticas e legislação mais recentes, contextualizando-se as mesmas em função dos valores socioculturais vigentes e das ideias pré-concebidas, identificando os indicadores a trabalhar para a mudança de atitudes. Leavitt (2002) realça a importância da cultura e das dinâmicas que resultam das diferenças culturais, destacando a existência de inúmeros fatores (e.g.: género, idade, religião, crenças, estatuto socioeconómico, entre outros) que podem influenciar as competências culturais e, conseqüentemente, as atitudes e comportamentos.

A diferença cultural na percepção como as pessoas com deficiência são perspectivadas é influenciada pelos valores, crenças e conhecimentos acerca de um grupo, generalizando-se as opiniões, pelo que Siperstein et al., (2003) avançam com a ideia generalizada que as pessoas com DID apenas são capazes de concretizar tarefas simples (e.g.: vestir, higiene) mas menos capazes de atividades mais complexas como a compreensão das leis ou o lidar com situações de emergência. Outros exemplos dados pelos autores, resultantes do questionário que aplicaram a participantes de 10 países, passam pela opinião que as pessoas com DID deverem permanecer com a família, estudar e trabalhar em ambientes protegidos (e não regulares), entre outros, concluindo que a população em geral parece fazer uma apreciação subvalorizadora das capacidades dos indivíduos com DID, com baixas expectativas sobre o que podem fazer. Desta constatação infere-se a necessidade de se alterar estes preconceitos, advogando-se uma maior sensibilização e conhecimento das reais capacidades das pessoas com DID (Daruwalla e Darcy, 2005).

A influência das normas culturais nas expectativas sociais podem conduzir à formação de atitudes negativas quando o grupo em questão não corresponde ao que seria típico ou normal para os seus pares, sendo a estigmatização uma das eventuais consequências (Chan, Livneh, Pruett, Wang e Zheng, 2009). Os autores acrescentam ainda que alguns comportamentos de algumas pessoas com deficiência (e.g.: dependência, hostilidade, comportamentos desafiantes) podem originar crenças prejudiciais, promovendo a paternalização e a subvalorização das mesmas, variando as mesmas com o nível de funcionalidade, havendo mais atitudes negativas nos casos com maiores limitações funcionais (Morin, Rivard et al., 2013b).

Wilson e Scior (2014), numa revisão sistemática, identificaram 18 artigos cujas conclusões apontavam para a existência de atitudes negativas face às pessoas com deficiência, e alguns autores (e.g.: Chan et al., 2009; Leavitt, 2002) apontam a maior aceitação das pessoas com deficiência motora em detrimento das com DID. Tal como referido anteriormente, existem variáveis demográficas que influenciam as atitudes da população em geral face às pessoas com DID, e a falta de conhecimento sobre a DID (e.g.: causas, direitos e capacidades) é apontado como uma das questões cruciais para a mudança de atitudes (Morin, Rivard et al., 2013b). Os mesmos autores verificaram que apesar das atitudes da população em geral serem maioritariamente positivas em relação aos indivíduos com DID, destaca-se algum desconforto, pena e tristeza e o desconhecimento de certas causas de DID que são mal interpretadas ou conhecidas, o que não ajuda a uma visão positiva destas pessoas. Ao nível das capacidades e dos direitos dos sujeitos com DID, os participantes revelaram atitudes positivas ao emprego, aprendizagem, participação em atividades recreativas e desportivas, relações sexuais e ter os mesmos direitos que os restantes cidadãos, apesar de no direito de consumir álcool e ter filhos se denotarem algumas reservas (Morin, Rivard et al., 2013b).

Tentando contrariar o estigma que as pessoas com DID não são encorajadas a pensar e a decidir a sua própria vida, em Dublin, McEvoy e Keenan (2013) procuraram saber como as pessoas com DID são tratadas pela população em geral, com base no relato das próprias pessoas com DID, através de sete grupos focais para a recolha de experiências do quotidiano de 41 adultos com DID. Os resultados revelaram que as pessoas com DID costumam ser bem tratadas por algumas pessoas (vizinhos, médicos e enfermeiros) em determinados lugares (casa, faculdade, trabalho), sendo que foram menos bem tratadas (sentindo que não foram respeitados e não tinham oportunidade de tomar as suas próprias decisões) fora de casa (e.g.: transportes públicos) e outros não foram tão bem tratados na escola ou no trabalho (McEvoy e Keenan, 2013).

A cultura mostra ser um fator que influencia as atitudes face aos indivíduos com DID: os resultados de 737 universitários entre 16-19 anos indicaram que os britânicos sul-asiáticos (N=355) apresentam atitudes mais negativas, não sendo a favor da inclusão social das pessoas com DID, defendendo que deveriam ser protegidas e não habilitadas, em comparação com os resultados dos britânicos de raça branca (N= 382 - Sheridan e Scior, 2013). Burge et al., (2007) tentaram perceber as atitudes da população (n=680) de uma região da província de Ontário (Canadá) face à inclusão de pessoas com DID nos seus locais de trabalho, concluindo que a maioria considera que a inclusão é o melhor para os adultos com DID, com 87% a acreditar que a contratação de pessoas com DID não afetaria negativamente a imagem dos locais de trabalho, indicando ainda que a falta de programas de formação de emprego para pessoas com DID é um grande obstáculo para uma inclusão adequada.

As atitudes face a pessoas com DID de 170 médicos e enfermeiros de três grandes hospitais localizados no Butão, foram analisados em função do género, profissão e experiência de contacto com a população e de acordo com os resultados, os médicos apresentam atitudes mais positivas do que os enfermeiros, apesar de ambos apresentarem atitudes menos positivas em relação aos pares dos países ocidentais (e.g. Canadá e Estados Unidos - Dorji e Solomon, 2009). Em três cidades da Turquia foi desenvolvido um estudo semelhante, investigando-se as atitudes de 587 estudantes Turcos de enfermagem face às pessoas com DID e quais as principais variáveis demográficas que influenciavam essa atitude (Uysal et al., 2014). Os resultados revelaram que a atitude pareceu adequada, mas menos positiva que a dos estudantes ocidentais, e que a idade, o local de ensino, a formação em DID e as condições da prestação de cuidados a pessoas com DID na família ou vida social são fatores que influenciam as atitudes dos estudantes de enfermagem em relação às pessoas com DID (Uysal et al., 2014).

O **género** parece influenciar as atitudes perante indivíduos com DID, com o género masculino a apresentar mais atitudes negativas (Findler et al., 2007; Gonçalves e Lemos, 2013; Goreczny et al., 2011) no que respeita ao desconforto, enquanto o género feminino apresenta atitudes mais negativas em relação ao conhecimento das capacidades e dos direitos dos indivíduos com DID (Morin, et al. 2013b). No entanto, esta relação ainda não é consensual, havendo outros estudos com resultados inconclusivos (Hampton e Xiao, 2009), e outros que revelaram mesmo não haver diferença significativa entre géneros no fator comportamental (interação – Findler et al. 2007). Deste modo, a

variável género necessita de mais estudos de modo a concluir a sua influência na relação com sujeitos com DID.

Quanto à **idade**, parece existir também falta de consistência nos estudos sobre as atitudes para com pessoas com DID (Lau e Cheung, 1999), apesar das evidências parecerem apontar que pessoas com mais de 60 anos apresentam uma atitude mais negativa (Morin, Rivard et al., 2013b) em relação aos indivíduos com DID em todos os fatores (desconforto, conhecimento das capacidades e direitos, interação, conhecimento das causas de DID e pena e tristeza). Outros estudos (Goreczny et al., 2011; Uysal, et al., 2014) corroboram que os jovens adultos (entre os 18 e os 21 anos) revelam atitudes mais positivas face às pessoas com DID.

Os indivíduos sem **habilitações literárias** mantêm uma maior distância social dos indivíduos com DID em comparação com os indivíduos com deficiência motora (Scior, 2011; Werner, 2015). Morin, Rivard et al. (2013b) mostram que os participantes menos instruídos revelaram atitudes mais negativas em comparação aos com mais instrução, apesar das habilitações literárias não terem sido significativamente associadas com o conhecimento das causas de DID. O conhecimento acerca da DID influencia a atitude face a esses sujeitos, i.e., os indivíduos que tenham mais conhecimento acerca da DID, demonstram atitudes mais positivas face à inclusão, revelando uma melhor aceitação dos indivíduos com DID como cidadãos ativos na sociedade, com melhor conhecimento acerca dos seus direitos e capacidades (Dessemontet, Morin e Crocker, 2014; Hampton e Xiao, 2009).

Assim, é possível concluir que o que influencia uma atitude positiva face a indivíduos com DID e, conseqüentemente, a sua inclusão na sociedade é a educação da população em geral, o tempo de contacto e a qualidade do mesmo, a informação acerca da perturbação e a influência dos pares e da cultura. Em contexto nacional são necessários mais estudos sobre as atitudes, dada a legislação mais recente nas mais variadas áreas (e.g.: educação e Decreto-Lei nº 3/2008). Desta forma, o objetivo do presente estudo passa por analisar as atitudes da população portuguesa face às pessoas com DID, através de um estudo comparativo entre as várias regiões do país: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas, tentando perceber como os valores socioculturais influenciam estas mesmas atitudes. Este conhecimento é essencial para o levantamento e conhecimento das atitudes no nosso país, para a eventual formulação de estratégias de intervenção, para combater a estigmatização face à pessoa com DID, planejar e implementar programas e campanhas de sensibilização no

sentido de tornar as atitudes mais positivas e de avaliar o seu impacto na participação efetiva das pessoas com DID.

Metodologia

Para a análise das atitudes dos portugueses para com pessoas com DID, utilizou-se a NUTS II (“Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos”) criada pelo Eurostat com o objetivo de harmonizar as estatísticas dos vários países (Pordata, 2016). Esta nomenclatura subdivide-se em 3 níveis (NUTS I, NUTS II e NUTS III) agrupando os 308 municípios de Portugal em 3, 7 e 25, respetivamente. Neste caso foi utilizada a NUTS II organizando os municípios em Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira (Pordata, 2016). Sendo que para este estudo se agrupou a Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira em *Ilhas*.

Amostra:

A amostra total (tabela 16) é constituída por 181 indivíduos, a maioria do género feminino (n=123), em que 30 residem nas Ilhas (Açores e Madeira) e os restantes em Portugal Continental (n=151), e entre os 18 e os 29 anos (n=128), havendo no entanto 33 participantes com idade superior a 60 anos. A maioria da amostra é solteira (n=132), tem como habilitações académicas o ensino secundário (n=89) ou ensino superior (bacharelato/licenciatura n=66) e é estudante (n=105). O valor do rendimento mensal do agregado familiar mais indicado é entre 1000€ e 2000€ (n=68). A região do Algarve não foi considerada para efeitos do estudo, dado a inexistência de participantes desta zona nacional.

Tabela 16 - Caracterização da Amostra

Características		N	%	Média	Desvio Padrão
Género	Masculino	58	32,0 %	,68	,468
	Feminino	123	68,0 %		
Idade	18 – 29 anos	128	70,7 %	1,59	1,021
	30 – 39 anos	14	7,7 %		
	40 – 49 anos	27	14,9 %		
	50 – 59 anos	9	5,0 %		
	Mais de 60 anos	3	1,7 %		

Tabela 16 (cont) - Caracterização da Amostra

Características	N	%	Média	Desvio Padrão
Distrito de Residência	Lisboa	37	20,4 %	6,78 4,135
	Vila Real	6	3,3 %	
	Madeira	3	1,7 %	
	Santarém	16	8,8 %	
	Portalegre	2	1,1 %	
	Porto	12	6,6 %	
	Açores	27	14,9 %	
	Setúbal	13	7,2 %	
	Beja	15	8,3 %	
	Leiria	13	7,2 %	
	Castelo Branco	6	3,3 %	
	Aveiro	14	7,7 %	
	Braga	12	6,6 %	
	Viseu	2	1,1%	
	Guimarães	1	,6%	
	Sta Maria da Feira	2	1,1%	
NUTS	Norte	49	27,1%	2,86 1,690
	Centro	35	19,3%	
	AML (Lisboa)	50	27,6%	
	Alentejo	17	9,4%	
	Ilhas	30	16,6%	
Habilitações Académicas	1º Ciclo (4º ano)	5	2,8 %	3,39 .800
	Ensino Básico (9º ano)	9	5,0 %	
	Ensino Secundário	89	49,2 %	
	Ensino Superior (bacharelato/licenciatura)	66	36,5 %	
	Ensino Superior (mestrado)	12	6,6 %	
Estado Civil	Casado	32	17,7 %	4,85 2,007
	União de Facto	8	4,4 %	
	Viúvo	3	1,7 %	
	Separado	1	,6 %	
	Divorciado	5	2,8 %	
	Solteiro	131	72,4 %	
Situação Profissional	Trabalhador a tempo inteiro	47	26,0 %	4,03 1,987
	Trabalhador a tempo parcial	7	3,9 %	
	Desempregado	2	1,1 %	
	Estudante	105	58,0 %	
	Aposentado	5	2,8 %	
	Trabalhador + Estudante	15	8,3 %	
Rendimento mensal do agregado familiar	Menos de 1000€	30	16,6%	3,06 1,642
	Entre 1000€ d 2000€	68	37,6%	
	Entre 2000€ e 3000€	15	8,3%	
	+ de 3000€	8	4,4%	
	Não sei	50	27,6%	
	Não Respondo	10	5,5%	

Instrumento

Para este estudo foi utilizado o *ATTID Questionnaire – Atitudes face à Deficiência Intelectual* elaborado por Morin, Crocker et al. (2013a), validado com uma amostra representativa (N=1605) da população adulta de Quebec, Canadá, estando neste momento em fase de validação nacional. O seu objetivo é descrever as atitudes da população em geral em relação às pessoas com DID nas dimensões afetiva, cognitiva e comportamental; comparar as atitudes de acordo com variáveis demográficas (e.g.: género, idade, escolaridade, contacto com pessoas com DID, entre outros); e perceber se o nível de funcionamento da pessoa com DID influencia as atitudes (Morin, Rivard et al., 2013b).

Este questionário é composto por 67 itens no total, e mede as três dimensões de atitudes em relação à DID: cognitiva (30 itens), afetiva (18 itens) e comportamental (19 itens – Morin, Crocker et al., 2013a). A análise exploratória dos dados levou à estruturação de cinco fatores (Morin et al., 2015): desconforto (dimensão afetiva), conhecimento da capacidade e direitos (dimensão cognitiva), interação (dimensão comportamental), a sensibilidade (dimensão afetiva) e conhecimento das causas (dimensão cognitiva).

A dimensão cognitiva das atitudes é avaliada através de perguntas que se agrupam em seis categorias face à DID: (1) tendência para considerar que as pessoas com DID são um grupo homogéneo, (2) integração comunitária, (3) etiologia, (4) mitos e crenças, (5) capacidade e potencial, e (6) direitos (Morin, Crocker et al., 2013a). Para avaliar as dimensões afetiva e comportamental são apresentados dois casos e posteriormente colocadas questões relativas aos mesmos. Os dois casos descrevem indivíduos com capacidades intelectuais e adaptativas diferentes e pretende-se verificar se as atitudes variam de acordo com o nível de funcionamento da pessoa (Morin et al., 2013a). As respostas são dadas através de uma escala de Likert variando entre [1] concordo completamente e [5] discordo completamente (Morin et al., 2015). Existe ainda uma parte que tenta perceber se o questionado tem contacto com pessoas com DID, com que frequência e como é essa relação, e neste caso o preenchimento dos itens é dicotómico (Sim ou Não) ou de escolha múltipla. Finalmente, é realizado um levantamento de algumas variáveis demográficas dos questionados (e.g.: género, idade, nacionalidade, local de residência, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e rendimento mensal do agregado familiar - Morin et al., 2015).

Em relação às propriedades psicométricas do instrumento, de um modo geral, o ATTID apresenta um bom valor no teste-reteste com fatores associados à dimensão afetiva (desconforto e sensibilidade) das atitudes que têm o maior coeficiente ($\alpha = 0.89$) sendo o de menor o conhecimento das causas ($\alpha = 0.59$ - Morin et al., 2013a).

Procedimentos

Ao longo do estudo foram assegurados todos os requisitos éticos subjacentes a uma investigação desta natureza, e o preenchimento do questionário foi realizado em papel e sem limitação de tempo, sendo antecipado por uma breve explicação do intuito do mesmo e de uma garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. Em caso de dúvida houve sempre a possibilidade de esclarecimento relativamente à interpretação das questões, tendo o cuidado de não influenciar a resposta. Importa referir que neste questionário é utilizada a abreviatura DI de Dificuldade Intelectual, de modo a facilitar a compreensão do questionário. A aplicação dos questionários foi realizada entre outubro de 2015 e abril de 2016, sob a forma autoadministrada, sendo a duração do seu preenchimento de 20 minutos, aproximadamente.

Para o tratamento dos dados utilizou-se o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22).

Apresentação de Resultados

Numa primeira fase, e antes de se proceder à análise descritiva (tabela 17), procedeu-se à análise da normalidade, e apesar dos valores inferiores a .05, optou-se pelas técnicas paramétricas inicialmente pelo teste ANOVA e posteriormente através do teste post-hoc Scheffé (tabela 18), dado o N da amostra ser superior a 30 (i.e. N=181) (Marôco, 2014).

Tabela 17 - Estatística Descritiva: valores da média e desvio-padrão dos itens do ATTID por NUTs II

ATTID		Norte	Centro	Área Metropolitana Lisboa	Alentejo	Ilhas
Causas	1Aa: má nutrição mãe	3.29±2.42	3.00±1.93	2.58±1.03	4.06±2.63	4.33±3.22
	1Ab: lesão cerebral	3.04±2.39	2.51±1.25	2.50±1.68	2.47±1.13	3.70±3.03
	1Ac: falta de estimulação infância	3.39±1.81	3.23±1.26	2.86±1.62	3.59±1.73	4.20±3.07
	1Ad: Substâncias químicas	3.20±2.35	2.97±1.92	3.58±2.43	3.12±1.80	3.97±3.16
	1Ae: Consumo subst. gravidez	1.67±0.59	1.97±1.45	1.72±0.73	2.24±1.95	3.53±3.13
	1Af: Problemas parto	2.10±1.62	2.23±1.97	2.04±1.26	2.18±1.88	3.67±3.04
	1Ba: Contextos sociais desfavorecidos	3.18±1.54	2.80±1.05	3.08±1.87	3.00±1.37	4.83±2.65

Tabela 17 (cont.) - Estatística Descritiva: valores da média e desvio-padrão dos itens do ATTID por NUTs II

Capacidades	1Ca: Manter emprego	3.20±1.49	3.00±1.37	2.66±1.04	2.76±0.97	3.40±2.13
	1Cb: Transportes públicos s/ajuda	2.63±0.81	2.63±0.94	2.76±1.41	3.18±1.81	3.67±2.28
	1Cc: Lidar com dinheiro	2.89±0.81	2.71±0.67	2.92±1.29	3.47±1.66	3.53±2.36
	1Cd: Manter conversação	3.24±4.40	2.40±0.85	2.64±1.31	2.12±0.33	3.27±2.15
	1Ce: Falar sobre problemas físicos	3.04±1.14	2.74±0.85	2.98±1.30	3.00±1.80	3.50±2.11
	1Cf: Praticar desporto	2.31±1.29	2.09±1.07	1.86±0.81	2.12±1.05	3.40±2.37
	1Cg: Andar so pela cidade	2.80±0.87	2.97±0.89	2.88±1.27	3.12±1.76	3.83±2.26
	1Ch: Ler frases curtas	2.35±0.81	1.97±0.66	2.12±0.72	2.47±1.77	3.30±2.12
	1Ci: Aprender	2.29±1.24	1.74±0.78	2.02±1.04	1.88±0.49	3.07±2.20
	1Cj: Tomar decisões	2.67±0.77	2.31±0.76	2.64±1.35	2.88±1.69	3.50±2.37
Direitos	1Da: Consentir cuidados médicos	2.78±1.69	2.60±0.95	2.88±1.60	3.00±1.90	3.60±1.99
	1Db: Mesmo salário, com menor produtividade	2.33±1.35	2.2±1.01	2.34±1.08	2.53±1.91	3.00±1.89
	1Dc: Tomar decisões	1.92±0.91	2.14±0.94	2.20±1.31	2.06±0.75	2.97±1.85
	1Dd: Casar	1.73±1.22	1.37±0.55	1.52±0.68	1.59±0.51	2.97±1.87
	1De: Beber álcool	2.31±1.16	2.31±1.11	2.76±1.67	3.24±1.03	3.77±2.34
	1Df: Ter relações sexuais	1.71±1.21	1.60±0.74	1.70±0.81	1.71±0.59	3.17±1.93
	1Dg: Votar	1.82±0.95	1.74±0.66	2.08±1.38	2.12±1.05	3.10±1.32
	1Dh: Ter filhos	1.98±1.01	1.86±0.77	2.20±1.69	2.35±1.00	3.50±2.13
	1Di: Direitos iguais a qualquer pessoa	1.82±1.33	1.66±0.84	1.80±0.97	1.76±0.83	3.13±1.96
	1Ea: Crianças com DID na escola básica regular	1.94±1.33	1.71±0.75	1.58±0.73	2.12±0.93	2.37±1.59
	1Eb: Adolescentes com DID na escola secundária regular	2.10±1.37	1.74±0.78	1.76±0.82	2.24±0.83	2.47±1.66
	1Ec: Mesmo local de trabalho	1.94±1.23	1.94±1.43	1.72±0.76	2.00±0.76	2.47±1.66
	1Ed: Participar comunidade	1.78±0.94	1.83±1.49	1.68±1.61	1.47±0.62	2.37±1.35

Tabela 17 (cont.) - Estatística Descritiva: valores da média e desvio-padrão dos itens do ATTID por NUTs II

Caso I: António com DID e com poucas necessidades de apoio	2Aa: com Medo	4.20±0.87	4.43±1.17	4.74±1.10	5.41±2.15	4.10±2.16
	2Ab: com Pena	3.84±1.51	3.57±0.98	3.72±1.18	4.88±2.60	3.27±2.08
	2Ac: Triste	3.59±1.26	3.40±1.06	3.76±1.48	4.06±2.22	3.00±2.15
	2Ad: Embaraçado/a	3.59±1.12	3.83±1.01	4.02±1.48	4.24±2.49	3.93±2.38
	2Ae: Ansioso/a	3.78±1.07	4.06±1.24	4.02±1.24	4.35±1.94	3.77±2.14
	2Af: Inseguro/a	4.04±0.91	4.09±1.27	4.38±1.26	4.41±2.40	3.37±2.16
	2Ag: Cauteloso/a	3.84±1.55	4.03±1.64	3.70±1.82	3.76±2.28	3.17±2.31
	2Ah: Comovido/a	2.90±1.14	2.83±1.01	2.78±1.31	3.29±2.37	2.67±1.75
	2Ai: Confortável a falar c/A.	2.82±2.03	2.26±0.74	2.32±1.38	2.41±1.06	3.40±1.96
	2Ba: Mudaria de lugar se o António fosse ao seu lado no autocarro?	4.73±0.97	4.91±0.92	5.04±1.11	5.29±1.45	4.23±1.78
	2Bb: Responderia ao António se lhe fizesse uma pergunta no autocarro?	1.45±0.54	1.26±0.44	1.26±0.49	1.76±0.97	2.00±1.55
	2Bc: Concordaria em trabalhar com o António?	1.76±0.80	2.20±1.45	1.90±0.95	1.71±0.59	2.10±1.56
	2Bd: Concordaria que o A.trabalhasse na creche/escola do seu filho?	2.47±1.58	2.31±1.43	2.08±1.65	2.53±1.53	2.27±1.72
	2Be: Aceitaria ser servido pelo A. no café?	1.63±0.60	1.43±0.66	1.36±0.60	1.53±0.51	2.03±1.54
	2Bf: Concordaria em supervisionar o A.no trabalho?	1.90±1.23	1.77±0.77	1.92±1.52	1.71±0.47	2.07±1.55
	2Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo A. na loja de roupa?	1.96±0.74	2.09±0.98	2.34±1.78	1.94±0.75	2.33±1.61
	2Bh: Aceitaria ser aconselhado pelo A.numa loja de aparelhos eletrónicos?	2.20±1.29	2.37±1.57	2.12±1.42	2.41±1.87	2.33±1.58
	2Bi: Aceitaria o A. como amigo do seu filho/a?	1.78±1.20	1.557±0.70	1.74±1.70	1.59±0.51	2.23±1.63
	2Bj: Se quisesse adotar, poderia adotar o A.?	3.04±2.26	2.80±1.86	3.38±2.80	2.76±1.30	3.10±2.02
	2Bk: Se senhorio, arrendaria a sua casa ao António?	2.00±1.19	2.09±0.95	2.18±1.71	2.06±0.83	2.80±1.67
Caso II: Rafael com DID e com grandes necessidades de apoio	3Aa: com Medo	4.35±1.25	4.20±1.47	4.80±1.26	4.71±2.34	3.90±1.88
	3Ab: com Pena	3.51±1.85	2.83±1.12	3.22±1.35	3.82±2.27	2.83±1.72
	3Ac: Triste	3.73±1.97	2.89±1.11	3.32±1.54	3.59±2.35	2.57±1.78
	3Ad: Embaraçado/a	3.92±1.50	3.66±1.19	3.90±1.62	4.29±2.44	3.70±2.15
	3Ae: Ansioso/a	3.76±1.38	3.66±1.43	3.84±1.36	4.12±2.45	3.70±2.15
	3Af: Inseguro/a	4.06±1.46	3.89±1.43	4.20±1.18	3.76±2.22	3.667±2.17
	3Ag: Cauteloso/a	3.47±1.45	3.37±1.24	3.52±1.71	3.35±2.23	2.67±1.65
	3Ah: Comovido/a	2.78±1.39	2.43±0.85	2.66±1.29	2.76±1.72	2.33±1.65
	3Ai: Confortável a falar c/ R.?	2.94±1.90	2.71±1.47	2.58±1.66	3.29±1.80	3.30±1.62
	3Ba: Mudaria de lugar se o Rafael fosse ao seu lado no autocarro?	4.57±1.29	4.71±1.41	4.82±1.35	5.06±1.56	4.53±1.83

Tabela 17 (cont.) - Estatística Descritiva: valores da média e desvio-padrão dos itens do ATTID por NUTs II

Caso II: Rafael com DID e com grandes necessidades de apoio	3Bb: Responderia ao R. so questionasse no autocarro?	1.73±0.73	1.69±1.49	1.48±1.20	2.71±2.05	2.03±1.47
	3Bc: Concordaria em trabalhar com o Rafael?	2.22±0.87	2.26±1.48	2.44±1.70	2.24±0.75	2.33±1.58
	3Bd: Concordaria que o R.trabalhasse na creche ou escola do seu filho?	3.18±2.06	2.86±1.50	2.80±1.94	2.35±0.93	2.57±2.00
	3Be: Aceitaria ser servido pelo R. no café?	2.33±1.36	2.40±1.50	2.80±2.50	2.18±0.81	2.47±2.00
	3Bf: Concordaria em supervisionar o R. no trabalho?	2.12±1.24	2.20±1.43	2.32±1.67	2.12±0.49	2.17±1.58
	3Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo Rafael numa loja de roupa?	2.47±1.34	2.80±1.83	3.04±2.42	2.41±0.94	2.50±2.00
	3Bh: Aceitaria ser aconselhado pelo R.numa loja de aparelhos eletrónicos?	2.49±1.43	2.83±1.84	2.82±2.11	2.53±1.01	2.60±1.96
	3Bi: Aceitaria o R. como amigo do seu filho/a?	2.02±1.25	1.83±1.42	1.96±1.69	1.82±0.53	2.23±1.57
	3Bj: Se quisesse adotar, poderia adotar o R.?	3.14±2.30	2.17±2.07	3.48±2.72	3.00±1.17	2.90±1.92
	3Bk: Se senhorio, arrendaria a sua casa ao R.?	2.35±1.59	2.71±1.95	2.64±1.94	2.35±1.06	2.70±1.93
Pessoas com DI que conhece são:	D5a: Membros família próxima?	1.90±0.37	1.97±0.17	1.92±0.27	1.94±0.24	1.90±0.31
	D5b: Membros família alargada?	1.78±0.47	1.80±0.41	1.84±0.37	1.88±0.33	1.90±0.31
	D5c: Vizinhos?	1.82±0.44	1.77±0.43	1.82±0.39	1.76±0.44	1.70±0.47
	D5d: Pessoas para quem realiza trabalho voluntário?	1.78±0.47	1.80±0.41	1.54±0.54	1.7±0.44	1.83±0.38
	D5e: Pessoas com quem trabalha?	1.76±0.48	1.43±0.50	1.56±0.50	1.47±0.51	1.70±0.47
	D5f: Colegas dos filhos?	1.92±0.34	1.91±0.28	1.84±0.37	1.71±0.47	1.93±0.25
	D5g: Pessoas que conheceu em atividades de lazer/desportivas?	1.55±0.54	1.66±0.48	1.66±0.48	1.59±0.51	1.90±0.35

Tabela 18 - Diferenças entre NUTS nas diversas secções do ATTID (p<.05)

	Norte vs Ilhas	Centro vs Ilhas	Lisboa vs Ilhas	Alent. vs Ilhas
Causas	,028	,020	,003	,316
(e crenças)	,004	,001	,002	,030
Capacidades	,108	,013	,016	,289
Direitos	,000	,000	,000	,029

Com base nos resultados obtidos é possível concluir também que as NUTS com maior conhecimento em relação à DID são a Área Metropolitana de Lisboa e o Norte e a que tem menos conhecimento são as Ilhas. Os participantes das ilhas foram quem demonstrou conhecer mais indivíduos com DID, sendo os participantes do Norte quem apontou que conhece menos, apesar de terem mais tempo de contacto vs. os participantes do Alentejo com menos contacto. A maior frequência de interação foi na Área Metropolitana de Lisboa e quem interagiu menos frequentemente foram os indivíduos do Norte.

Para além da estatística descritiva, procedeu-se, ainda, à análise da consistência interna relativas aos dados obtidos, através das técnicas do alfa de Cronbach e do ICC (coeficiente de correlação intraclasse) que obtiveram valores considerados bons e muito bons (Hill e Hill, 2009; Pais Ribeiro, 2008; Pestana e Gageiro, 2005), variando entre .81 (itens relativos às atitudes face ao caso I) e .92 (total do ATTID), indo ao encontro dos valores obtidos na versão original (Morin, 2013a). A análise das correlações entre os domínios variaram entre .10 (capacidades) e .50 (causas), variando entre fraca e moderada (Marôco, 2014) apresentando valores inferiores ao estudo das propriedades psicométricas da versão original (Morin, 2013a).

Discussão dos Resultados

O objetivo do presente estudo é analisar as atitudes da população face às pessoas com DID, nas diferentes regiões de Portugal, através de um estudo comparativo entre as diversas unidades territoriais do país - NUTS (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve e Ilhas), tentando perceber como os valores socioculturais influenciam estas mesmas atitudes. A participação social das pessoas com DID passa pela qualidade em interagir e responder às exigências culturais da comunidade onde se inserem (Santos e Morato, 2012) pelo que o objetivo foi identificar as atitudes a nível nacional, pelas diferentes zonas territoriais do país, para que se possam, num futuro próximo, implementar programas de sensibilização visando a alteração de mentalidades face à DID, em prol de uma participação efetiva e da melhoria da qualidade de vida deste subgrupo populacional na comunidade, sendo por isso um tema importante a estudar.

De acordo com os resultados obtidos, verificam-se diferenças entre os vários NUTS e as Ilhas, mais significativas ao nível das **causas, capacidades e direitos** (tabela 17). Os valores tradutores das diferentes atitudes podem ser justificados pela diversidade cultural e envolvental (Foster-Gaitskell e Pratt, 1989; Craig e Tassé, 1999), reflexo das dinâmicas sociais específicas (Alves, 1998). Por conseguinte, Bornstein, Giusti, Leach e

Venuti (2005) distinguem centros urbanos de áreas rurais com base na densidade e características populacionais, desenvolvimento tecnológico e na organização social. As áreas rurais, por serem habitualmente constituídas por comunidades mutuamente dependentes, propiciam grande homogeneidade na população em relação aos valores e comportamentos adquiridos na interação e adaptação, trazendo repercussões significativas no processo ensino-aprendizagem de conteúdos práticos e sociais, tais como a capacidade de tomada de decisão e a independência, sendo estes mais fortes nas comunidades urbanas (Bornstein et al., 2005).

O conhecimento das causas da DID (e.g. consumo de drogas ou álcool pela mãe na gestação, a falta de estimulação durante a infância, entre outros) tem elevada importância uma vez que tem como principal objetivo sensibilizar para a prevenção (Morin et al., 2013b). Relativamente às **causas** verifica-se (tabela 18) que existem diferenças estatisticamente significativas entre as Ilhas e as restantes NUTS, à excepção do Alentejo, o que leva a pressupor que em ambos os núcleos territoriais as condições e valores culturais são semelhantes, sendo pequenas zonas rurais onde a DID ainda é tida como algo a esconder e pouco abordada (Soares, 2016; Uysak et., 2014; Wilson e Scior, 2014), constatando-se, igualmente, pela resposta dos respetivos participantes, que são quem tem menos tempo de contacto com esta população, o que pode explicar a pouca familiarização com a população em questão bem como o conhecimento das suas causas (Soares, 2016), as respostas dos participantes das ilhas e do Alentejo apresentam médias superiores na maior parte dos itens, indicando menor conhecimento quanto às causas da DID.

Outra das possíveis explicações pode residir na formação superior dos respondentes das restantes áreas (Uysal et al., 2014), permitindo uma visão mais realista das dificuldades e capacidades, deixando de lado a perspetiva de sobreproteção (Santos, 2010) e do focar exclusivamente nas dificuldades (Santos e Morato, 2012), para compreender o sujeito com DID na sua multidimensionalidade (Luckasson e Schalock, 2012). O contacto reforça esta ideia e se este for de qualidade tende a conduzir a atitudes mais positivas (Daruwalla e Darcy, 2005). O baixo nível socioeconómico e a falta de interação entre a comunidade e as instituições especializadas no atendimento a esta população podem também deter alguma responsabilidade nesta diferenciação (Santos e Morato, 2012).

Ainda neste âmbito, verifica-se que os participantes das ilhas tendem a discordar totalmente com a questão de a DID ser mais comum nos contextos socioeconómicos

desfavorecidos, contrastando com a posição neutra dos restantes participantes dos diferentes territórios. Através da análise exploratória dos dados foi possível verificar que os participantes das ilhas, na sua maioria, revelam ter um estatuto socioeconómico relativamente baixo, e juntando ao facto de apresentarem também pouco tempo de contacto com a população com DID, é possível deduzir que os participantes achem que o estatuto socioeconómico não se relacione com a existência de sujeitos com DID pela sua experiência. Possivelmente neste território verifica-se a institucionalização dos indivíduos com DID, não se verificando a participação destes na comunidade e por sua vez a restante população não está familiarizada com a sua presença e participação, corroborando outros autores (Daruwalla e Darcy, 2005; Soares, 2016).

No que toca às **capacidades**, voltam-se a observar diferenças entre as Ilhas e o Centro e Área Metropolitana de Lisboa, mas não se verificam diferenças entre as Ilhas e o Norte nem com o Alentejo. De um modo geral, os participantes das ilhas revelam manter uma opinião neutra (i.e.: “nem concordo, nem discordo”) na maioria das capacidades interrogadas (e.g.: manter emprego, usar transportes públicos sem ajuda, lidar com dinheiro, manter uma conversa, falar sobre os seus problemas físicos, aprender, tomar decisões), enquanto os participantes das restantes NUTS, de um modo geral, revelam concordar ou concordar totalmente na maioria das capacidades. Estes resultados podem dever-se à hipótese anteriormente referida, relativa à teoria do contacto, i.e., os participantes das ilhas apresentam menor tempo de contacto com pessoas com DID, e daí atitudes menos positivas e menor conhecimento (Wilson e Scior, 2014; Uysal et al., 2014).

Além do menor número de indivíduos com deficiência (aproximadamente 10 706) nas ilhas em comparação com o Continente (aproximadamente 284 220), (INE, 2007), ainda se verifica alguma tendência para as pessoas com DID não participarem nas atividades comunitárias, permanecendo nas instituições ou em casa, sendo pouco visível para os pares. Acresce ainda a ideia generalizada que as pessoas com DID dadas as dificuldades cognitivas e adaptativas, não são capazes, pelo que a maioria das decisões ficam à responsabilidade dos prestadores de cuidados, subvalorizando-se a necessidade e a capacidade das pessoas com DID para este tipo de questões (Siperstein et al., 2003). A pobreza das redes sociais das pessoas com DID, muito restritas aos familiares e aos técnicos das instituições (Lippold e Burns, 2009), e a “severidade” das limitações (Nicholson e Cooper, 2013) são outras das eventuais razões para as atitudes mais neutras encontradas neste estudo. Estas questões socioculturais vão confluir para uma

atitude de discriminação e estigma, ao mesmo tempo que se “valorizam” as dificuldades e a dependência - em detrimento das capacidades e autonomia, numa perspetiva ainda assente na institucionalização, na caridade e assistencialismo com segregação da comunidade (Daruwalla e Darcy, 2005).

No que concerne aos **direitos**, são notórias as diferenças entre as Ilhas e as restantes NUTS. Novamente, de um modo geral, as Ilhas apresentam em média a resposta de “nem concordo nem discordo” à exceção dos direitos de tomar decisões, casar, frequentar escolas regulares, trabalhar num local de trabalho comum e participar em atividades da comunidade, onde em média concordaram. Há a realçar, pela positiva, a questão do direito ao casamento, pois de uma forma geral, este é ainda um assunto pouco consistente, derivado das dificuldades das pessoas com DID em manter a independência financeira e emocional. Por sua vez, as restantes NUTS, de um modo geral, concordam totalmente com os direitos questionados, o que também não seria expectável, dada a subvalorização das capacidades de autodeterminação e autonomia por parte das pessoas com DID em Portugal (Santos, 2013; Santos e Morato, 2012; Siperstein et al., 2003), nomeadamente, entre outros, ao nível de casamento, relações sexuais, ter filhos e votar, dada a carga de responsabilidade inerente às mesmas. Estes ideais podem advir de um nível mais elevado das habilitações literárias e do maior tempo de contacto por parte dos participantes das restantes unidades territoriais com indivíduos com DID. Por sua vez, considerando que os respondentes das ilhas provinham de um meio rural e a população mais conservadora, considera-se a possibilidade da existência de superproteção (Chan et al., 2009; Santos e Morato, 2012) para com os sujeitos com DID, dado que as comunidades urbanas incitam mais a tomada de decisão e a independência quando comparadas com o meio rural (Bornstein et al., 2005).

As diferenças encontradas podem ser parcialmente explicadas pelas crenças religiosas e pelos valores sócio-culturais face às pessoas com DID (Bornstein et al., 2005; Brown et al., 2009; Siperstein et al., 2003), inferindo-se as poucas oportunidades de interação e de vontade para essa interação, devido ao estigma e ao pouco conhecimento.

Ainda no âmbito das diferenças significativas entre as Ilhas e as restantes NUTS, será também interessante analisar alguns resultados obtidos nas descrições dos casos do “António” e “Rafael” verificando-se que neste último caso (com maior necessidade de apoios e menor funcionalidade), as médias baixam nas questões relativas ao que pensaria que pudesse sentir se o sujeito falasse consigo, indicando que sentem medo, pena, tristeza, etc.. Este facto é corroborado por Morin, Rivard et al. (2013b), que afirmam

que quanto menor o nível de funcionamento do indivíduo com DID mais atitudes negativas se verificam por parte da população, sendo mais susceptível de sentir pena e tristeza. Os referidos autores tentam justificar este facto com a falta de conhecimento sobre as DID, bem como com os estereótipos e crenças discriminatórias (Hunt e Hunt, 2004). Por sua vez, e segundo Findler et al. (2007), estes sentimentos (pena e tristeza), não incentivam a autonomia pessoal, a auto-determinação nem a participação social dos indivíduos com DID.

Desta forma, esclarece-se a importância de população em geral ter consciência do efeito que as suas atitudes podem ter nas pessoas com DID, no sentido em que tais atitudes enfatizam a vulnerabilidade destes, não os incentivando a pensar por si mesmos, e a participarem ativamente na comunidade (Morin, Rivard et al., 2013b). Os mesmos autores destacam a importância de informar a população em geral acerca da variedade de perfis de identidade, e tranquilizar os receios a respeito de determinados comportamentos ou diferenças que podem ser tipicamente identificadas em pessoas com maiores necessidades de apoio. Conhecer as capacidades e áreas fortes desses sujeitos, bem como o tipo de serviços que podem receber na comunidade pode facilitar a compreensão de como a integração nos diferentes contextos pode ser suportada, e desta forma, promover atitudes mais positivas (Morin, Rivard et al., 2013b).

A idade dos respondentes dos diferentes territórios também pode ser uma explicação para as diferenças encontradas, verificando-se que a maioria dos respondentes das ilhas apresenta idades superiores (a 40 anos) às dos restantes. Alguns estudos apontam para que jovens adultos revelam atitudes mais positivas face às pessoas com DID (Goreczny et al., 2011; Uysal, et al., 2014), observando-se o contrário em pessoas com mais de 60 anos (Lau e Cheung, 1999). A compreensão da diferença e da deficiência resulta de uma construção social, onde com base nos valores culturais, as pessoas desenvolvem as suas ideias e atitudes face a outros, internalizando as regras sociais vigentes (Brown et al., 2009).

Conclusão

Através deste estudo foi possível observar a existência de diferenças entre os vários NUTS do país, mais notórias ao nível das **causas, capacidades e direitos**. Esta constatação permite ter uma ideia do panorama geral, com o intuito de se identificarem as barreiras e facilitadores socioculturais, de forma a planear e implementar programas de sensibilização e formação sobre as pessoas com DID e as suas capacidades. A compreensão das variações culturais das atitudes face à pessoa com DID é

particularmente importante para se perceber quais as orientações e as estratégias a implementar em projetos futuros de sensibilização da população em geral, sendo esta ideia partilhada por vários autores a nível internacional (e.g.: Grames e Leverentz, 2010; Uysal et al., 2014).

A participação social é avaliada e considerada em termos de desempenho de papéis e atividades face às exigências da comunidade onde cada sujeito se insere ao nível dos serviços e bens públicos, assumindo a sua responsabilidade pessoal e social, valorizado como cidadão e capaz de concretizar e pertencer a uma rede social (Overmars-Marx, Thomése, Verdonschot e Meininger, 2014). As atitudes deste estudo ainda que, de uma forma geral, sejam positivas ainda não retratam os comportamentos necessários para uma real participação e inclusão das pessoas com DID em contexto social, havendo muitas etapas a percorrer até que os direitos e deveres de todas as pessoas estejam interiorizados e praticados.

Em suma, as atitudes dos portugueses para com indivíduos com DID parecem ser menos positivas nas Ilhas em comparação com as restantes NUTS, com especial destaque ao nível das causas, capacidades e direitos, possivelmente explicada pelas características culturais, sendo a DID ainda considerada como algo a esconder e pouco abordada (Soares, 2016; Uysak et., 2014; Wilson e Scior, 2014). Acresce ainda que os participantes das ilhas são quem indica ter menos tempo de contacto com a população com DID, revelando pouca familiarização e desconhecendo as causas (Soares, 2016) e as capacidades (Wilson e Scior, 2014; Uysal et al., 2014). Para além disso, mantém-se a ideia que as pessoas com DID, dadas as dificuldades cognitivas e adaptativas, não são capazes, pelo que a maioria das decisões ficam à responsabilidade dos prestadores de cuidados (Siperstein et al., 2003). A pobreza das redes sociais das pessoas com DID, muito restritas aos familiares e aos técnicos das instituições (Lippold e Burns, 2009) e a “severidade” das limitações (Nicholson e Cooper, 2013) são outras das eventuais razões para as atitudes mais neutras reveladas pelos participantes das Ilhas. Da mesma forma, as diferenças ao nível dos direitos podem ser justificadas mais uma vez, pelo meio ainda rural, sendo mais conservadores e com tendência para uma maior superproteção (Chan et al., 2009; Santos e Morato, 2012), dado as comunidades urbanas incitam mais a tomada de decisão e a independência quando comparadas com o meio rural (Bornstein et al., 2005).

O conhecimento das causas da DID é um tema importante a enfatizar nos programas de sensibilização uma vez que é um componente essencial para a prevenção

da DID (ideia corroborada por Morin et al., 2013b) e da mesma forma, é também importante sensibilizar a população em geral sobre os direitos e capacidades dos indivíduos com DID, de modo a evitar a discriminação e promover a participação na comunidade (Santos e Gomes, 2016), uma vez que as pessoas com DID ainda não são (re)conhecidas na comunidade (Bigby, 2008).

Tal como todos os estudos, também este aponta algumas limitações como o facto de a amostra ser reduzida, e por isso limitar as generalizações que possam ser feitas, recomendando-se mais estudos com amostras mais significativas e representativas, envolvendo vários estratos da sociedade. A validação do instrumento é ainda algo que também deve ser concretizado a nível nacional. Outras constatações foi a elevada quantidade de itens sem resposta, que levou à diminuição do número de participantes. Recomenda-se a formulação de estratégias de intervenção, para combater a estigmatização face à pessoa com DID, planear e implementar programas e campanhas de sensibilização no sentido de tornar as atitudes mais positivas e de avaliar o seu impacto na participação efetiva das pessoas com DID (Santos e Gomes, 2016). O contacto e a interação ativa entre a população em geral e indivíduos com DID, decorrente de processos de desinstitucionalização bem pensados e implementados, dada a sua importância para a desmistificação de crenças e estereótipos, facilitando a aceitação e o aumento do conhecimento (Lau e Cheung, 1999; Morin et al., 2013b) é outra das estratégias que poderão ser adotadas a nível nacional. A divulgação das convenções e dos protocolos opcionais ratificados por Portugal deve ser uma preocupação nacional (Santos e Gomes, 2016).

IV. Conclusão e Reflexão Pessoal

Este relatório foi desenvolvido com vista a apresentar e descrever as experiências e aprendizagens adquiridas durante o percurso de estágio deste ano letivo na CERCILisboa no CTVA. No entanto, as vivências vão para além daquilo que é possível ser relatado e descrito no mesmo. De um modo geral, este percurso revelou-se uma experiência muito enriquecedora recheada de alegrias, desafios, experiências psicomotoras e emocionais, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, difíceis de expressar neste documento.

Todas estas aprendizagens refletiram-se ao nível da perceção do real funcionamento de uma instituição, as burocracias e a prática, a importância real da relação transdisciplinar bem como das reuniões de equipa. Foi possível colocar, na prática, várias matérias e aprendizagens adquiridas na Licenciatura e 1º ano de Mestrado, apesar de, muitas vezes, se verificar que os aspetos teóricos nem sempre se apresentam em total concordância com a prática, tendo isso contribuído para promover a minha capacidade de adequação à realidade, de organização, gestão do tempo e aquisição de competências. Para além disso, as aprendizagens refletem-se também na adequação da minha postura nas sessões e na forma de comunicar com os clientes, o estabelecimento de limites e implementação de regras, que apesar de elementos simples se revelaram fundamentais para uma relação terapêutica saudável para todos os intervenientes.

Uma das mais-valias foi poder observar os clientes nas diversas intervenções terapêuticas que usufruem (i.e. fisioterapia, Bombarte, dança, teatro, terapia ocupacional, etc.), bem como a possibilidade em participar nas atividades intercentros, permitindo que conhecesse outras instituições, outros clientes, e conviver com todos em contextos diferentes. Outra mais-valia foi poder intervir tanto em grupo como individualmente, e em diferentes contextos (aquático – AMA e vela adaptada - e terrestre – AM e caminhada) proporcionando a aprendizagem de adequação aos contextos e aos clientes. Outra questão a realçar foi a oportunidade de dinamizar as sessões de vários grupos, com e sem planeamento prévio, e, numa parte mais final do estágio, sem a presença de outros técnicos, o que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de improviso, bem como a gestão de conflitos entre clientes.

As orientadoras locais tiveram um papel fundamental na inclusão no CTVA, familiarização com a dinâmica da instituição, com a restante equipa técnica, e com os

clientes, tendo possibilitado a partilha de ideias, opiniões, estratégias, dúvidas práticas e exploração de diversas formas de resolução de problemas. Da mesma forma, a restante equipa técnica foi prestável no sentido de estar sempre disponível para me receber no seu contexto de intervenção/trabalho e esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem. A orientadora académica foi uma peça fundamental neste percurso, aliciando a minha organização, incansável, com total disponibilidade, rápida, clara e direta nas suas orientações e transmitindo constante motivação.

É gratificante também constatar que a CERCI-Lisboa manifesta a preocupação em melhorar a intervenção de todos os seus profissionais, inovando ou cancelando os apoios consoante as necessidades da população que atendem e em função da maior participação na comunidade, objetivando garantir a qualidade de vida dos clientes e o seu bem-estar, atuando no sentido de prevenir o aparecimento precoce de características associadas ao processo de envelhecimento nesta população, e nunca esquecendo que a qualidade de vida dos profissionais também irá deter repercussões positivas no ambiente de trabalhos e nas relações terapêuticas e interpessoais estabelecidas entre todos os que frequentam a instituição. A formação dos profissionais é também bastante valorizada pela equipa técnica. Durante o estágio houve a preocupação de fomentar a manutenção de um estilo de vida saudável, alertando os clientes para a sua importância e para a necessidade de procura de apoios para a resolução dos seus problemas ou superação de dificuldades, numa atitude de compreensão daquilo que são os direitos e deveres de cada um.

Relativamente às dificuldades, passaram essencialmente pela adequação dos planeamentos das sessões de AM em grupo, dada a heterogenidade do mesmo e inicialmente foi difícil motivar e entusiasmar alguns clientes, lidar com a impulsividade de outros, assim como gerir a instabilidade emocional. No entanto, as dificuldades surgem para as podermos ultrapassar, e no final as “contas foram positivas” uma vez que permitiram adquirir agilidade e flexibilidade no planeamento e na adequação de estratégias ou metodologias interventivas, e perceber a importância de avaliar cada pessoa com base na sua individualidade, mas contextualizada na sua validade ecológica, de planear sempre com objetivos exequíveis e passíveis de ser transferidos para o quotidiano, fomentar o trabalho em equipa e apostar na partilha de informação e conhecimentos com objetivo máximo de potenciar a autonomia e funcionalidade dos jovens e adultos com DID, para uma vida com mais qualidade.

O projeto de investigação foi também uma mais-valia para a formação e aprendizagem individual, tendo sido interessante e desafiante perceber as atitudes da população para com indivíduos com DID e procurar analisar e contextualizar as eventuais diferenças de atitudes, em função dos valores socioculturais das várias regiões do país. A mudança de atitudes face às pessoas com DID é algo que Portugal tem tentado implementar, assinando e ratificando convenções e protocolos, criando legislação e projetos na prática, apesar de se constatar, ainda, a necessidade de estudos mais circunscritos nas comunidades, para um maior contacto da comunidade com as pessoas com DID, inseridos nos valores socioculturais vigentes, de forma a sensibilizar a população em geral das capacidades, direitos e deveres das pessoas com DID, a diminuir rótulos e preconceitos, e a apostar na produtividade, exigência e participação real e efetiva de todos na comunidade onde vivem e se inserem.

Em suma, após fazer a reflexão de todo o percurso prático e teórico realizado em parceria com a CERCI-Lisboa e a Faculdade de Motricidade Humana, observo um crescimento pessoal e profissional, recheado de novas experiências e aprendizagens.

Referências Bibliográficas

- Abellan, R. e Vicente, R. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 77-89.
- Ahlborn, L., Panek, P. e Jungers, M. (2008). College students' perceptions of persons with intellectual disability at three different ages. *Research in Developmental Disabilities* 29, 61–9. DOI:10.1016/j.ridd.2006.11.001.
- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions Psychomotrices* 15 (60): 66-75.
- Allanson J. e Roberts A. (2011). *Noonan Syndrome*. In: R. Pagon, M. Adam, H. Ardinger et al. (Edts).. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2015.
- Alves, N. (1998). Escola e Trabalho: Atitudes, projectos e trajetórias. In M. Cabral e J. Pais (Coord.), *Jovens Portugueses de Hoje – resultados do inquérito de 1997*. Secretaria de Estado da Juventude, Estudos sobre Juventude/1, Observatório Permanente da Juventude Portuguesa. Lisboa: Celta Editora.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Antonak, R. F. e Livneh, H. (2000). *Measurement of attitudes towards persons with disabilities*. *Disability and Rehabilitation* 22 (5): 211-224.
- Antunes, A. e Santos, S. (*in press*). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Ballesta-Martínez, M. e Guillén-Navarro, E. (2010). *Síndrome de Noonan. Potocolos Diagnosticos Terapeuticos en Pediatría*. 1:56-63.
- Barnhill, J. e Kartheiser, P. (2007). Motor Skills Disorder. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavarakaki, C. e First, M. (edts). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability: 89-96*. National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Biasoli, M. e Machado, C. (Maio de 2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de medicina*, 63, 225-237.
- Bigby, C. (2008). Know well by no-one: trends in the informal social networks of middle-age and older people with intellectual disability five years after moving to the community, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33: 148-157, doi: 10.1177/0042098012474521
- Bodfish, J. (2009). Stereotypy, Self-Injuty and Related Abnormal Repetitive Behaviors. In Jacobson, J.; Mulick, J. e Rojahn, J. (edts). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science e Businees Media, Ld. 481-506.

Bornstein, M., Giusti, Z., Leach, D. e Venuti, P. (2005). Maternal reports of adaptive behaviours in young children: Urban-rural and gender comparisons in Italy and United States. *Infant Child Development*, 14, 403-424.

Brown, T., Mu, K., Peyton, Cl., Rodger, S., Stagnitti, K., Hutton, E., Casey, J., ... e Wu, C. (2009). Occupational therapy students' attitudes towards individuals with disabilities: a comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. *Research in Developmental Disabilities*, 30: 1541-1555, doi: 10.1016/j.ridd.2009.07.020

Buntinx, W. (2003). Mental retardation: the relation between the AAMR definition and the International Classification of Functioning, Disability and Health. In H. N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation: Ideas for an evolving disability* (pp. 352-370). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Burge, P., Ouellette-Kuntz, H. e Lysaght, R. (2007). Public views on employment of people with intellectual disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 29-37.

Câmara Municipal de Lisboa (2015). Piscina Municipal do Casal Vistoso. Retirado de <http://www.cm-lisboa.pt/equipamentos/equipamento/info/piscina-municipal-do-casal-vistoso> a 22 de Outubro de 2015.

CERCILisboa (2010). Carta dos Direitos e Deveres – Linguagem Fácil. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/documentos-estruturais/carta-de-direitos-e-deveres-dos-clientes/> a 4 de Novembro de 2015.

CERCILisboa (2013). [História da CERCILisboa]. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/> a 10 de Outubro de 2015.

CERCILisboa (s.d.). [Site da CERCILisboa Cooperativa de Educação e Reabilitação de cidadãos com incapacidades, CRL]. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/> a 10 de Outubro de 2015.

Chan, F., Livneh, H., Pruett, S., Wang, C-C. e Zheng, L. (2009). Societal attitudes towards disability: concepts, measurements, and interventions. In F. Chan, E. Cardoso e J. Chronister (Eds). *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* Chapter 12: 333-367. New York, NY, US: Springer Publishing Co, xvii, 584 pp.

Coleta, N. (2006). Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. A Balneoterapia como processo terapêutico facilitador da relação mãe-filho. *A Psicomotricidade*, 8: 49-66.

Condillac, R. (2009). Behavioral Intervention and Intellectual Disabilities. In Brown, I. e Percy, M. (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 363-372

Costa, C.; Santos, S. e Tavares, G. (in press). A corporeidade como base de intervenção na população com DID. *Revista da Educação Especial e Reabilitação*.

Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança. Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora: Lisboa.

Craig, E. e Tassé, M. (1999). Cultural and demographic group comparisons of adaptive behavior. In R. Schalock e D. Braddock (Eds.), *Adaptive Behavior and its Measurement* (pp. 119-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Danielsson H., Henry L., Messer D. e Rönnberg J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.004>

- Daruwalla, P., e Darcy, S. (2005). Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 32(3): 549–570. Doi:10.1016/j.annals.2004.10.008
- Decreto-Lei n.º 18/89. Ministério da Educação. Diário da República, 1.ª série – N.º 9 – 11 de Janeiro de 1989, 125-127.
- Departamento de Gestão da Qualidade (2013). Políticas Organizacionais – Manual de Políticas da CERCI. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/> a 15 de Outubro de 2015.
- Despacho 52 de 1990. Secretaria de Estado da Segurança Social. 1 de Outubro de 1990. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/> a 2 de Novembro de 2015.
- Dessementet, R., Morin, D. e Crocker, A. (2014). Exploring the relations between in-service training, prior contacts and teachers' attitudes towards persons with intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 61 (1), 16-26. Doi: 10.1080/1034912X.2014.878535
- Dorji, S. e Solomon, P. (2009). Attitudes of health professionals toward persons with disabilities in Bhutan. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 20, (2), 32-42.
- Duncan, W., Fowler, R., Farkas, L., Ross, R., Wright, A., Bloom, K., Huot, D., Sondheimer, H., Rowe, R. e Opitz, J. M. (1981). A comprehensive scoring system for evaluating Noonan Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 10: 37–50. Doi: 10.1002/ajmg.1320100106.ee.
- FENACERCI (s.d). [Site da FENACERCI Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social]. Retirado de <http://www.fenacerci.pt/web/> a 22 de Outubro de 2015.
- Ferreira L., Souza S., Montenegro L., Malaquias A., Arnhold I., Mendonça B., Jorge A. (2008). Analysis of PTPN11 gene in idiopathic short stature children and Noonan syndrome patients. *Clinical Endocrinology*. 69: 426-431. Doi: 10.1111/j.1365-2265.2008.03234.x.
- Ferreira, J. (2006). Principais benefícios do exercício e da prática desportiva regular em grupos com necessidades especiais. *Horizonte*. XXI (126): I-VIII.
- Findler, L., Vilchinsk, N. e Werner, S. (2007). *The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS)*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50 (3), 166-176.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. (3/4): 125-139.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar: Abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001a). *Cognição e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade – Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*. 3. 18-31.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. (3ª Ed.), Âncora Editora, Lisboa.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH edições. 5-10

- Foster-Gaitskell, D. e Pratt, C. (1989). Comparisons of parent and teacher ratings of adaptive behavior of children with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 94(2), 177-181.
- Gerenser, J. e Forman, B. (2009). Speech and Language Deficits in Children with Developmental Disabilities. In J. Jacobson; J. Mulicke J. Rojahn. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science e Business Media, Ld. 563-5580
- Godall, T. e Hospital, A. (2004). *150 Propostas de atividades motoras para educação infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, T. e Lemos, M. (2013). *Personal And Social Factors Influencing Students' Attitudes Towards Peers With Special Needs*. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 112, 949-955.
- Goreczny, A., Bender, E., Caruso, G. e Feinstein, C. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*, 32: 1596-1609, doi: 10.1016/j.ridd.2011.02.005
- Grames, M. e Leverentz, C. (2010). Attitudes toward Persons with Disabilities: A comparison of Chinese and American students. *UW-L Journal of Undergraduate Research*, XIII, 1.
- Gutierrez, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático*. Editora Manole.
- Hampton, N. e Xiao, F. (2009). Traditional Chinese Values and Attitudes of Chinese University Students toward People with Intellectual Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56 (3), 247-261.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Hill, M. e Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo
- Hunt, C. e Hunt, B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities: experimenting with an educational intervention. *Journal of Managerial Issues* 16, 266–
- Hutzler, Y., e Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly* 24 ,1-20.
- IFAPA (2012). *International Federation Adapted Physical Activity*. Consultado a 16 de Dezembro de 2015 em What is APA?: <http://ifapa-international.net/what-is-apa/>
- INE (2007). Grau de incapacidade atribuído (N.º) à população residente com deficiência. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000661&contexto=bd&selTab=tab2 a 30 de Junho de 2016.
- Jacobson, J., Mulick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jahoda, A. e Markova, I. (2004). Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 719–29. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2003.00561.x.
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikolajczyk, E. e Wojtanowski, W. (2012). The effect of physical training on static balance in young people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 33: 675-681. Doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.015.
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*. 2.ª Edição. Austin: Pro-Ed.

- Lau, J. e Cheung, C. (1999). Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International SocialWork* 42, 431–44.
- Leavitt, R. (2002). Developing cultural competence in a multicultural world: Part 1. *PT Mag Physical Therapy*, 1-9.
- Lee D., Portnoy S., Hill P., Gillberg C. e Patton M. (2005). Psychological profile of children with Noonan syndrome. *Developmental Medicine e Child Neurology*. 47: 35–8. Doi: [15686287](https://doi.org/10.1016/j.peddy.2005.05.001).
- Leitão, A., Lombo, C., e Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*. ano 6. 22: 21-24.
- Limal J., Parfait B., Cabrol S., Bonnet D., Leheup B., Lyonnet S., Vidaud, M. e Le Bouc, Y.(2006). Noonan syndrome: relationships between genotype, growth, and growth factors. *Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism*;91 (1):300-306. Doi: 10.1210/jc.2005-0983.
- Lippold, T. e Burns, J. (2009). Social Support and intellectual disabilities: a comparison between social network of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5): 463-473, 10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x
- Lotan, M.; Isakov, E.; Kessel, S. e Merrick, J. (2004). Physical Fitness and Functional Ability of Children with Intellectual Disability: Effects of a Short-Term Daily Treadmill Intervention. *The Scientific World Journal*. 4: 449–457.
- Luckasson, R. E Schalock, R. (2012). The Role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability. In S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Butix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., . . . Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and System of Supports*. 10th Ed. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Malaquias, A., Ferreira, L., Souza, S., Arnhold, I., Mendonça, B. e Jorge, A.. (2008). Síndrome de Noonan: do fenótipo à terapêutica com hormônio de crescimento. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 52 (5), 800-808. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000500012>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda. Pêro Pinheiro.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional. In Fonseca, V. e Martins, R. (eds). *Progressos em Psicomotricidade*. Edições FMH: Cruz-Quebrada.
- Martins, R. e Rosa, R. (2005). *Grupo de Crianças e Pré-adolescentes com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção – Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção (PHDA). Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. 1ª Edição. Lisboa: Trilhos Editora. 173-214.
- Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade*. Lisboa. 5. 68-76.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Matson, J. e Laud, R. (2009). Assessment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. In J. Jacobson; J. Mulick e J. Rojahn (edts).

Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science e Business Media, Ld. 507-540.

McCaughey, T. e Strohmer, D. (2005). Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 48, 89–99. doi: 10.1177/00343552050480020301

McEvoy, S. e Keenan, E. (2013). Attitudes towards People with Disabilities – what do people with intellectual disabilities have to say?. *British Journal of Learning Disabilities*, 42, 221-227. Doi: 10.1111/bld.12032

Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidmentais. A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14. 51-55.

Morin D., Rivard M., Boursier C., Crocker A. e Caron J. (2015). Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (5), 462-467. Doi: 10.1111/jir.12146

Morin, D., Crocker, A., Beaulieu-Bergeron R. e Caron J. (2013a). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaires. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 268-278; Doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x.

Morin, D., Rivard, M., Crocker, A., Boursier, C. e Caron, J. (2013b). Public attitudes towards Intellectual Disability: a multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 279-292. Doi: 10.1111/jir.12008

Nicholson, L. e Cooper, S. (2013). Social exclusion and people with intellectual disabilities: a rural-urban comparison. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(4): 333-346, doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01540.x

Noonan, J. (1968). Hypertelorism With Turner Phenotype: A New Syndrome With Associated Congenital Heart Disease. *American Journal of Medical Genetics*;116 (4):373-380. Doi:10.1001/archpedi.1968.02100020377005.

Noonan, J. (2006). Noonan syndrome and related disorders: alterations in growth and puberty. *Reviews in Endocrine Metabolic Disorders*. 7 (4): 251-255. Doi: 10.1007/s11154-006-9021-1

Olson, J. e Zanna, M. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology* 44, 117–54. DOI: 10.1146/annurev.psych.121208.131609.

Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade... uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Trilhos Editora.

ONU (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tradução por Instituto Nacional para a Reabilitação, 2ª edição

Overmars-Marx T., Thomése, F., Verdonschot, M. e Meininger, H. (2014). Advancing social inclusion in the neighbourhood for people with an intellectual disability: an exploration of the literature. *Disability & Society*, 29:2, 255-274, doi: 10.1080/09687599.2013.800469

Pais Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Livros de Psicologia – Edições de Psicologia. Porto

Pestana, H. e Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciência. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*. (3): 47-52.

Pordata (2016). *Base de Dados Portugal Contemporâneo – O que são NUTS?*. Retirado de <http://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS> a 30/5/2016.

Portaria n.º 432/2006. Ministério da Educação. Diário da República, 1.ª série – B – N.º 85 – 3 de Maio de 2006, 3214 – 3217.

RACP (2015). Regulamento de Estágio- Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP). Faculdade de Motricidade Humana.

Ribeiro, L. (1999). *Avaliação da aprendizagem* (7ªEd). Lisboa: Texto Editora.

Rodrigues, D. (1991). *Métodos e estratégias em educação especial*. Antologia de texto – Volume I. FMH edições.

Rodrigues, D. (2006). *Actividade Motora Adaptada - A Alegria do Corpo*. Artes médicas.

Salvia, J. e Ysseldyke, J. (1991). *Avaliação em Educação Especial e Correctiva*. 4ª Ed. Editora Manole, Lda.

Santos S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade* (9), 21-31. Santos, S. e Morato, P. (2012a). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois*. 83-120. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1 (2) dossier temático

Santos, S. (2013). Transição para a vida Ativa. REER, 2081-96

Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:[10.4236/ce.2014.57059](https://doi.org/10.4236/ce.2014.57059)

Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. Doi: 10.1111/1471-3802.12268

Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Nº8. Porto Editora.

Santos, S. e Morato, P. (2012b). Acertando o passo! Falar de Deficiência Mental é uma erro: deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Porquê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 18 (1), 3-16.

Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5), 379-387. Doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 3/4 (1), 136-146.

Schalock, R. L., Buntinx, W., Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R., Snell, M., Wehmeyer, M. (2007a). *User's Guide - Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. 10.ª Edição. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S. ... Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of supports*. 11.^a Edição - Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities..

Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L.,... Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., e Yeager, M. (2007b). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change of the term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124.

Scheid, T. (2005). Stigma as a barrier to employment: mental disability and the Americans with disabilities act. *International Journal of Law and Psychiatry*. 28, 670–90. DOI:10.1016/j.ijlp.2005.04.003

Schlosser, R., Sigafoos, J., Rothschild, M., e Palace, L. (2009). Speech and Language Disorders. In Brown, I. e Percy, M. (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 383-402.

Schwartz, C. e Armony-Sivan, R. (2001). Students' attitudes to the inclusion of people with disabilities in the community. *Disability & Society*. 16, 403–13. DOI:10.1080/09687590120045978.

Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2164-2182. Doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005

Sheridan J. e Scior K. (2013). Attitudes towards people with intellectual disabilities: A comparison of young people from British South Asian and White British backgrounds. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1240-1247. Doi:10.1016/j.ridd.2012.12.017

Silva J., Godinho C., Moura C., Soares G. E Reis-Lima M. (2008). Genes, Crianças e Pediatras. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. XVII (1): 49-50. Doi: <http://hdl.handle.net/10400.16/1141>

Simeonsson, R. (1986). *Psychological and Developmental Assessment of Special Children*. Allyn and Bacon Inc.

Siperstein, G., Parker, R., Norins, J. e Widaman, K. (2011). A national study of Chinese youths' attitudes towards students with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 370-384.

Siperstein, G.N., Norins, J., Corbin, S., & Shriver, T. (2003). *Multinational study of attitudes toward individuals with intellectual disabilities: General Findings and Calls to Action*. Special Olympics

Soares, A. (2016). *Relatório de Estágio de Intervenção Psicomotora na Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas - Centro de Atividades Ocupacionais*. Relatório de Estágio elaborado com vista à Obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora (documento não publicado)

Sukhodolsky, D. e Butter, E. (2009). Social Skills Training for People with Intellectual and Developmental Disabilities. In Jacobson, J.; Mulick, J. e Rojahn, J. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Issues in Clinical Child Psychology*. Springer Science e Business Media, Ld. 601-618.

Sznajder Y., Keren B., Baumann C., Pereira S., Alberti C., Elion J., et al. (2007). The spectrum of cardiac anomalies in Noonan syndrome as a result of mutations in the PTPN11 gene. *Pediatrics*. 119 (6): 1325-1331.

Teixeira-Arroyo, C. e Oliveira, S. (2007). Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. *Motriz, Rio Claro*. 13 (2), 97-105

Teles, A., Ribeiro, C. e Ferreira, C. (2012). A Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde como Referência para a Classificação das Necessidades Educativas Especiais. *Gestão e Desenvolvimento*. 20, 111-128.

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D, ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale - Users Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Tsutsumi, O., Cruz, V., Chiarello, B., Júnior, D. e Alouche, S. (2004). Os Benefícios da Natação Adaptada em Indivíduos com Lesões Neurológicas. *Revista Neurociências*. 12.(2). 82-86.

Uysal, A., Albayrak, B., Koçulu, B., Kan, F., e Aydin, T. (2014). Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Education Today*, 34, 878-884. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.09.001.

Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 15. 10-23.

Van der Burgt (2007). Noonan Syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2:4. Doi: 10.1186/1750-1172-2-4

Van Der Burgt, I., Berends, E., Lommen, E., Van Beersum, S., Hamel, B. e Mariman, E. (1994). Clinical and molecular studies in a large Dutch family with Noonan Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 53: 187–191. Doi: 10.1002/ajmg.1320530213

Van der Schuit, M., Segers, E., Van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. (32), 1884-1894. Doi: [10.1016/j.ridd.2011.03.015](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.015)

Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para Populações Especiais*. Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação. Lisboa.

Vasconcelos, M. (2003). A psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Ibero-americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 12.: 51-60

Verhoeven W., Wingbermühle E., Egger J., Van der Burgt .I e Tuinier S. (2008). Noonan syndrome: psychological and psychiatric aspects. *American Journal of Medical Genetics*. 146A:191–6. Doi: 18080322.

Vieira, J.P. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspetivas*, 3 (11), 64-68.

Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part 11): 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x

Werner, S. (2015). Public stigma and the perception of rights: Differences between intellectual and physical disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 262-271. Doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.030

WHO (2007). *Intellectual Disability – a Manual for Social Workers*. Regional Office for South-East Asia. Mental Health and Substance Abuse. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health. New Delhi.

Wilson M. e Scior K. (2014). Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the Implicit Association Test: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 294-321. Doi: 10.1016/j.ridd.2013.11.003.

Wingbermuehle E., Egger J., van der Burgt I. e Verhoeven W. (2009). Neuropsychological and behavioral aspects of Noonan syndrome. *Hormone Research in Paediatrics*. 72 Suppl 2:15–23. Doi: 20029232.

Wuang, Y.; Wang, C-C.; Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*,. 52 (part 12): 1048-1060. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x

Yazbeck, M., McVilly, K. e Parmenter, R. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities: an Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 15(2): 97–111. Doi: 10.1177/10442073040150020401

Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*. 7 (10): 2789 - 2795. Consultado a 20 de Dezembro de 2015 em scholar.waset.org/1999.10/17209.

Anexos

Anexo A: Carta dos direitos e deveres de leitura fácil

INTRODUÇÃO



O resultado é a Carta de Direitos e Deveres que se apresenta, que resulta da capacidade de reflexão e partilha de todos os elementos constituintes deste Grupo.

A sua aplicação é generalizada a todas as respostas sociais e serviços da CERCI e a sua divulgação será efectuada pelo próprio Grupo de participação, que definirá as dinâmicas a desenvolver.

DIREITOS

DEVERES

"É UMA COISA QUE QUEREMOS RECEBER"

"É UMA COISA QUE DEVEMOS FAZER PORQUE É CORRECTO"

LIBERDADE DE EXPRESSÃO
INFORMAÇÃO
PARTICIPAÇÃO
APOIO DOS TÉCNICOS
INTIMIDADE / SEXUALIDADE
IGUALDADE DE OPORTUNIDADES
AUTONOMIA
QUALIDADE DE VIDA

RESPONSABILIDADE
RESPEITAR TODOS
AJUDAR O OUTRO
CUMPRIR AS REGRAS

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS LIBERDADE DE EXPRESSÃO



TEMOS O DIREITO A DAR A NOSSA OPINIÃO, A RECLAMAR, A SERMOS OUVIDOS. A DIZER AQUILO QUE PENSAMOS E SENTIMOS.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS INFORMAÇÃO



TEMOS O DIREITO A SER INFORMADOS DE TUDO O QUE NOS ENVOLVA COMO CLIENTES.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS PARTICIPAÇÃO



TEMOS O DIREITO DE PARTICIPAR NAS ACTIVIDADES QUE NOS SÃO PROPOSTAS.

TEMOS O DIREITO DE NÃO PARTICIPAR NAS ACTIVIDADES QUE NOS SÃO PROPOSTAS.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS APOIO DOS TÉCNICOS



TEMOS O DIREITO DE TER AJUDA PARA FAZER MAIS E MELHOR.

TEMOS O DIREITO A SERMOS OUVIDOS E COMPREENDIDOS - MESMO QUANDO NÃO CONSEGUIMOS FALAR OU EXPRESSAR.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS INTIMIDADE / SEXUALIDADE



TEMOS O DIREITO DE NAMORAR DE ACORDO COM AS NORMAS.

TEMOS O DIREITO À NOSSA SEXUALIDADE SEM SERMOS DISCRIMINADOS.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

DIREITOS IGUALDADE DE OPORTUNIDADES



TEMOS O DIREITO A TER AS MESMAS OPORTUNIDADES QUE QUALQUER PESSOA, DENTRO DA CERCI E NO EXTERIOR.

TEMOS O DIREITO A TRABALHAR - A FAZER COISAS QUE GOSTAMOS PARA MOSTRAR QUE SOMOS CAPAZES E RESPONSÁVEIS.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

<div> <div> DIREITOS AUTONOMIA </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DIREITO A TER UMA VIDA ACTIVA E TOMAR DECISÕES - A PENSAR PELA NOSSA CABEÇA. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>	<div> <div> DIREITOS QUALIDADE DE VIDA </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DIREITO A TER BOAS INSTALAÇÕES E BOAS CONDIÇÕES. TEMOS O DIREITO A TER QUALIDADE NOS SERVIÇOS QUE NOS SÃO PRESTADOS. TEMOS O DIREITO A TER QUALIDADE NA RESPOSTA QUE É DADA A CADA UM DE NÓS - AO QUE PRECISAMOS E ESPERAMOS TER. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>
<div> <div> DEVERES RESPONSABILIDADE </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE SER ASSIDUOS E PONTUAIS </div>  <div> TEMOS O DEVER DE ESTAR PRESENTES E CUMPRIR AS ACTIVIDADES QUE ESCOLHEMOS PARTICIPAR. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>	<div> <div> DEVERES RESPEITAR TODOS </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE NÃO AGREDIR VERBAL OU FISICAMENTE QUALQUER PESSOA. TEMOS O DEVER DE RESPEITAR TODAS AS PESSOAS. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>
<div> <div> DEVERES RESPONSABILIDADE </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE SER ASSIDUOS E PONTUAIS </div>  <div> TEMOS O DEVER DE ESTAR PRESENTES E CUMPRIR AS ACTIVIDADES QUE ESCOLHEMOS PARTICIPAR. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>	<div> <div> DEVERES RESPEITAR TODOS </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE NÃO AGREDIR VERBAL OU FISICAMENTE QUALQUER PESSOA. TEMOS O DEVER DE RESPEITAR TODAS AS PESSOAS. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>
<div> <div> DEVERES AJUDAR O OUTRO </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE AJUDAR OS COLEGAS. TEMOS O DEVER DE OUVIR (REFLECTIR) CRÍTICAS E SUGESTÕES. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>	<div> <div> DEVERES CUMPRIR AS REGRAS </div> <div> CERCI LIBERDA </div> </div> <div>  <div> TEMOS O DEVER DE CUMPRIR AS NORMAS DO CENTRO (CERCI EM QUE ESTAMOS). TEMOS O DEVER DE CUMPRIR AS NORMAS SOCIAIS DE QUALQUER LUGAR. </div> </div> <div> CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL </div>

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES LINGUAGEM FÁCIL



INTRODUÇÃO



"PRETENDEMOS COM ESTA CARTA EXPLICAR OS DIREITOS E DEVERES DOS CLIENTES CERCI LISBOA.

ESTA CARTA FOI FEITA PELO GRUPO DE PARTICIPAÇÃO DE CLIENTE, QUE REPRESENTA TODOS OS CLIENTES DA CERCI LISBOA, COM O APOIO E PARTICIPAÇÃO DE OUTROS CLIENTES E CENTROS DE ATIVIDADES CUPACIONAIS.

PARA FAZER ESTA CARTA CONSULTAMOS A CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, EM LINGUAGEM FÁCIL."

GRUPO DE PARTICIPAÇÃO DE CLIENTES
MAIO 2013

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

INTRODUÇÃO



As pessoas com deficiência são, segundo dados da ONU, a maior minoria do mundo. Cerca de 10% da população mundial tem pelo menos uma deficiência. Por este motivo, as necessidades e os direitos das pessoas com deficiência têm sido uma prioridade desta Organização Humanitária.

Os resultados são diversos e materializados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Em 2009 Portugal assumiu esta Convenção e o Protocolo Opcional e com ela reconheceu os direitos das pessoas com deficiência e reforçou a proibição de atos discriminatórios contra estas pessoas em todas as áreas da sua vida (educação, saúde, trabalho, serviços sociais, etc).

A responsabilização de Portugal pela implementação deste Protocolo é naturalmente transversal a toda a sociedade, que deve cumprir o que está proclamado.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

INTRODUÇÃO



A CERCI, enquanto Organização com missão de contribuir para qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência e com a vontade expressa de ser uma referência no âmbito da inclusão destas pessoas, considerou como prioritário a dinamização de ações que promovessem a consciência da existência de direitos e que facilitassem a sua expressão no dia-a-dia das pessoas atendidas nas respostas sociais e serviços.


Ou seja, considerámos que não era suficiente distribuir gratuitamente a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e que não basta promover os direitos das pessoas com deficiência intelectual.

Foi por este motivo que desafiamos o Grupo de Participação de Clientes a criar uma Carta de Direitos e Deveres dos clientes da CERCI. A ideia inerente foi criar um documento que possibilitasse aos nossos clientes a apropriação dos conceitos "direitos" e "deveres", e facilitasse a sua aplicação no seu dia-a-dia na CERCI.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES - LINGUAGEM FÁCIL

Anexo B: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO




Referente a Cliente _____

Nome [REDACTED]

Consentimento informado		
1 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERCI Lisboa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERCI Lisboa, na internet	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
No âmbito dos estágios da Faculdade de Motricidade Humana que recebemos anualmente, são desenvolvidos trabalhos mais individualizados (estudos de caso) sobre os clientes. Desta forma, solicitamos a autorização para a realização de um estudo de caso que implicará a intervenção da estagiária na área da atividade motora e da atividade em meio aquático, sempre com supervisão e acompanhamento das técnicas de reabilitação.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Assinatura [REDACTED] Assinatura [REDACTED]

Data 13-12-15


Assurance
in Social Services

CERCI_24.03_TV Pág. 1 de 1

Anexo C: Planeamento de sessão de AMA – Avaliação inicial

Esta 1ª sessão terá como objetivo avaliar as competências do cliente JV – estudo de caso da estagiária, utilizando para tal a Escala de Comportamento Adaptativo (ECA) – Meio Aquático.

A ECA – Meio Aquático é um instrumento de avaliação criado por duas estagiárias da Faculdade de Motricidade Humana, do Curso de Reabilitação Psicomotora, sendo uma adaptação da Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (Santos & Morato, 2004).

O instrumento pretende avaliar vários domínios de competências específicas, tais como:

A – Entradas na água (Entrada directa ou Saltos);

B – Saídas da Água;

C – Adaptação ao meio aquático (Conforto e bem estar na água; Equilíbrio em meio aquático; Imersão)

D – Controlo Respiratório (Inspiração, expiração e apneia; Fatigabilidade; Propulsão)

E – Estilos de Natação (Crawl; Costas; Bruços; Mariposa)

De modo a realizar a avaliação em todos os domínios, a estagiária elaborou um plano de sessão com actividades que lhe permitiram observar o desempenho do cliente na maior parte dos itens do instrumento.

A sessão foi planeada com o pensamento de a tornar semelhante às sessões realizadas anteriormente, tentando não torná-la numa sessão puramente avaliativa. Começando assim com um período de Activação Muscular Geral, seguindo-se um período de Desenvolvimento das Actividades, finalizando com um período de Retorno à calma/Relaxação (ver plano).

ACTIVIDADE MOTORA EM MEIO AQUÁTICO (AMA)

1º Planeamento de sessão

Data: 10 de Dezembro

Local: Piscina do Casal Vistoso

Duração da sessão: 45 minutos

Nº de clientes: 1 clientes (J.V.)

- Ter em atenção se realiza a seguinte **entrada na água:** Entra pelas escadas de acesso, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões); (item 51)

Obs.: Não realiza. O cliente mostrou insegurança, recusando-se a descer pelas escadas. A entrada é realizada partindo da posição de sentado, tendo o apoio da estagiária nas mãos.

- Ter em atenção se realiza a seguinte **saída da água:** Sai da água pelas escadas de acesso autonomamente, utilizando os corrimões; (item 53) **Obs.:** Concretizado.

	Duração	Objetivo geral	Objectivos Específicos	Actividade	Descrição da actividade	Material	Tempo	Critério de êxito	Estratégias	Obs. para avaliação	Obs.
Activação Muscular Geral	10 Minutos	-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório;	<ul style="list-style-type: none"> - Activação muscular geral; - Aumento da temperatura corporal; - Trabalhar o controlo respiratório; - Trabalhar o equilíbrio; 	Caminhar	O cliente deve caminhar até ao outro bordo da piscina e voltar, sem recorrer ao apoio das cordas da piscina.	Sem material	5 minutos	Realizar a caminhada sem qualquer tipo de apoio material ou físico.	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	Avalia item 54 (conforto e bem-estar na água) e o item 55 (equilíbrio em meio aquático)	O J.V. realizou o exercício revelando medo e insegurança. Tentou constantemente e alcançar as cordas da piscina, tendo no entanto conseguido ser evitado por quase todo o percurso (uma vez que a estagiária se colocava entre ele e as cordas)
		-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório;	<ul style="list-style-type: none"> - Activação muscular geral; - Estimular o controlo respiratório; - Trabalhar a imersão; - Melhorar o equilíbrio; 	Saltos	O cliente deve realizar saltos na posição vertical, de mãos dadas com a estagiária, emergindo totalmente a cabeça após a contagem de 3 saltos, solicitando que expire durante a imersão e/ou soprando na água.	Sem material	5 minutos	Emergir totalmente a cabeça pelo menos 5 vezes por pista.	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	Avalia item 56 (imersão) e o item 57 (controlo respiratório), item 58 (Fatigabilidade)	O J.V. mostrou-se motivado na execução do exercício. Não mergulha a cabeça por completo, realizando apenas imersão da face (uma vez que não flete os membros inferiores). Sopra na água (não mais que 2 segundos) e realiza expiração através da boca quando

											mergulha a face (se solicitado e/ou por imitação). Não se mostra incomodado quando a água entra em contacto com a cara ou ouvidos (não limpa a cara após imersão). O cliente colabora na contagem para realizar o mergulho.
Desenvolvimento das Actividades	25 Minutos	Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, respiração e acções propulsivas; 	Propulsão em decúbito dorsal	<p>O cliente deve realizar movimentos de pernas alternados, em decúbito dorsal, com apoio do rolo (na dorsal) e da estagiária (apoio a cabeça no seu ombro)</p> <p><u>Adaptações:</u> A estagiária pode ir dando cada vez menos apoio físico se verificar que o cliente desempenha bem o exercício.</p>	Rolo	10 minutos	O cliente deve conseguir realizar propulsão com o batimento de pernas alternado com apoio do rolo e da estagiária.	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Feedbacks correctivos; - Reforço positivo 	Avalia item 59 (Propulsão), o item 61 (Movimento fundamental da técnica de Costas) e o item 58 (Fatigabilidade)	O exercício foi realizado com sucesso (tendo em conta que o batimento de pernas do J.V. é ligeiro – i.e. movimentos de pouca amplitude) Quando a estagiária tentou realizar a adaptação, dando menos apoio físico este reagiu com insegurança, mas manteve-se na posição.
		Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, 	Propulsão em decúbito ventral com ilha	<p>O cliente deve realizar movimentos de pernas alternados, colocando-se em cima da ilha em decúbito ventral,</p>	Ilha	10 minutos	O cliente deve conseguir realizar propulsão com o batimento	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; 	Avalia o item 60 (Movimentos fundamentais da técnica de Crawl), e	Inicialmente o cliente mostrou-se apreensivo a subir para a ilha; após ser colocado na ilha realizou o

			respiração e acções propulsivas;		segurando-se com as mãos na parte superior da ilha tendo desta forma apoio até à zona da cintura.			de pernas alternado com apoio da ilha	- Demonstração; - Feedback correctivo	o item 58 (Fatigabilidade)	exercício com êxito. Foi soprando na água, como solicitado.
		Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	- Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, respiração e acções propulsivas;	Propulsão em decúbito ventral com rolo	O cliente deve realizar movimentos de pernas alternados, na posição de decúbito ventral, segurando com as mãos num rolo, com os braços em extensão para a frente. A estagiária dará também apoio estabilizando o rolo e se necessário fazendo algum impulso. <u>Adaptações:</u> Caso seja necessário poderá colocar-se um rolo na zona da cintura.	1 ou 2 rolos	10 minutos	O cliente deve conseguir realizar propulsão com o batimento de pernas alternado com apoio do(s) esparquete(s) e da estagiária.	- Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo	Avalia o item 60 (Movimentos fundamentais da técnica de Crawl), e o item 58 (Fatigabilidade)	Foi necessária a adaptação. O cliente mostrou-se esforçado e motivado. Apesar de não se manter na posição próxima de horizontal, o cliente não colocava os pés no chão e ia realizando o batimento. A estagiária deu maior apoio na zona dos cotovelos de modo a ajudar a extensão dos braços e a dar maior estabilidade.

Retorno à calma/ Relaxação	10 Minutos		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do relaxamento e diminuição da tonicidade; - Proporcionar à vontade com o meio aquático; - Facilitar o retorno à calma; - Promover a integração da informação; - Marcar o final da sessão; 	Relaxação	O cliente deve colocar-se em decúbito dorsal na ilha. A estagiária irá deslocar a ilha pela pista de modo a promover o relaxamento do cliente.	Ilha	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Manter-se na posição estabelecida durante a atividade; - Permitir as mobilizações passivas; - Manter-se calmo e seguro durante as execuções; 	<ul style="list-style-type: none"> - reforço verbal positivo; - apoio físico; 		O J.V. realizou o exercício com sucesso. Mostrou-se calmo e não mostrou insegurança (apenas na saída da ilha). Fechou os olhos por momentos (voluntariamente), mostrando-se relaxado.
---------------------------------------	------------	--	---	------------------	--	------	------------	---	---	--	---

Outras observações à cerca da avaliação: uma vez que o cliente não realiza rotação dos membros superiores os itens 62 (Movimento fundamental da técnica de Bruços) e 63 (Movimento fundamental da técnica de Mariposa) foram todos cotações a 0 (zero).

Planeamento da próxima sessão:

Na próxima sessão dever-se-á continuar a desenvolver a capacidade de caminhar pela água sem qualquer apoio físico, e melhorar a técnica de propulsão.

Anexo D: Exemplo de planeamento de sessão de Atividade Motora.

ACTIVIDADE MOTORA (AM)

14º Planeamento de sessão

Data: 11 de Abril 2016

Local: Ginásio CTVA

Duração da sessão: 60 minutos

Nº de clientes: 4 clientes (J.V., A.P., C., F.)

Obs: O cliente F. não realizou a sessão por motivos de consulta.

	Duração	Objetivo geral	Objectivos Específicos	Actividade	Descrição da actividade	Material	Tempo de realização da actividade	Critério de êxito	Estratégias	Observações
Activação Muscular Geral	20 Minutos	-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório.	- Activação muscular geral; - Aumento da temperatura corporal;	Caminhada	Os clientes devem caminhar pelas escadas e rampa, aproximadamente 3 voltas.	Sem material	10 minutos	- Realizar pelo menos 2 voltas.	- Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo	
		- Estimular os sistemas musculoesquelético. - Desenvolver a noção	- Activação muscular geral; - Aumento da temperatura corporal; - Prevenção de	Aquecimento / Alongamento muscular	Os clientes devem realizar as diversas tarefas: - Rodar a cabeça, colocando o queixo junto ao peito, rodando alternadamente para os lados, para a frente	Sem material	10 minutos	- Realizar os movimentos solicitados pela técnica;	- Instrução verbal simples e objectiva; - Feedback interrogativo (e.g., o que é	

		corporal.	lesões; - Aumento da flexibilidade		e para trás; - Rodar os ombros, colocando as mãos nos mesmos; - Rodar a anca, com as mãos na cintura; - Efectuar três flexões laterais do tronco (primeiro para o lado direito, depois para o lado esquerdo); - Agarrar as mãos atrás das costas (um braço vem por cima do ombro e o outro por baixo) - Alongar os braços, com o auxílio do braço oposto - De mãos dadas efectuar a rotação dos pulsos; - Movimentar os dedos (dissociação digital); - Rodar os joelhos com o auxílio das mãos, permanecendo com os pé juntos e o tronco flectido; - Abrir e fechar os joelhos com o auxílio das mãos, permanecendo com os pés juntos e tronco flectido;				que vem a seguir a rodar os braços?" - Feedbacks correctivos; - Reforço positivo	
--	--	-----------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - Rodar o pulso e o tornozelo em simultâneo (primeiro o lado direito e depois o lado esquerdo); - Colocar a mão esquerda atrás das costas, enquanto a mão e braço direito permanece esticado, tocar no pé esquerdo. Repetir, com o lado oposto; - Afastar os membros inferiores e tocar no chão com as duas mãos; - Flectir a perna, de modo a juntar o pé ao glúteo com o auxílio das mãos. Repetir o exercício com o lado oposto; 					
		- Desenvolver a expressão verbal, a identificação de cores e a capacidade de identificar as características dos objetos.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de cores; -Sensibilidade ao peso e tamanho; -Trabalhar o discurso verbal; 	Exploração de bolas	Serão feitas várias perguntas ao clientes como qual a bola maior e qual a menor, a mais pesada e a mais leve, a mais mole e a mais dura, quais as cores, etc.	3 bolas de diferentes tamanhos, e pesos	5 minutos	-Os clientes devem ser capazes de responder às questões colocadas pela técnica.	<ul style="list-style-type: none"> -Clarificação da instrução; - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo 	
o da	min	- Desenvolver o desempenho	- Desenvolver a coordenação	Atividade com bola	Os clientes devem caminhar pelo campo. Inicialmente os	Várias bolas de	20 minutos	-Realizar os exercícios	- Instrução verbal simples	

		motor, coordenação motora global, o passe e o chute de bola.	motora global; -Melhorar o passe; com as mãos e com os pés; - Promover a coordenação e dissociação dos movimentos; -Estimular a capacidade aeróbia. - Trabalhar a identificação das características dos colegas, bem como dos seus nomes.		clientes devem passar a bola com as mãos dizendo antes o nome da pessoa a quem querem passar. Posteriormente serão colocadas novas regras (e.g. passar apenas com uma mão, passar com o pé (chutar), em vez do nome dizer a cor da camisola da respetiva pessoa, etc). Durante a atividade serão trocadas várias vezes a bola a utilizar, com diferente tamanho e peso, de modo a estimular a adaptação a diferentes materiais, incentivando a utilização de novas estratégias. Por fim será feita uma reflexão à cerca da experiência com as diferentes bolas.	diferentes tamanhos, e pesos		seguindo as instruções dadas pela técnica;	e objectiva; - Reforço positivo - Feedback correctivo -Demonstração; -Clarificação da instrução em cada estação; - Acompanhamento individual ao longo do circuito; - Adaptação da atividade a cada cliente sempre que necessário; - Apoio físico por parte da estagiária.	
--	--	--	---	--	--	---------------------------------	--	--	---	--

Retorno à calma	10 minutos	-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório	-Promover o acesso de um estado de calma e tranquilidade.	Relaxamento	Em roda e virados de lado, os clientes devem colocar as mãos nas costas do colega da frente e fazer uma massagem com a mão fechada. (a estagiária pode ir sugerindo os movimentos a fazer bem como as zonas; posteriormente os clientes podem ir sugerindo também). Passado alguns minutos devem virar-se e fazer massagem a um colega diferente.	Sem material	10 minutos	Manter-se em silêncio e a fazer a massagem ao colega, de modo a atingir um estado de calma.	- Instrução verbal simples e objectiva acompanhada de demonstração; - Feedback correctivo; - Apoio físico (manipulação).	
Reflexão final/ Avaliação	5 minutos	Desenvolver a capacidade de comunicação verbal e reflexão.	- Estimular a memória e a verbalização; - Consciencializar as tarefas realizadas; - Expressar a sua opinião; - Auto e Hetero-avaliação;	Reflexão final (Avaliação)	O cliente, sentado numa roda, deve auto-avaliar o seu comportamento, atitude e empenho durante a sessão, referindo ainda qual a actividade que mais gostou ou menos gostou.	Sem Material	5 minutos	- Responder às perguntas da técnica; - Saberem utilizar os termos, assim como os exercícios realizados	- Questionamento; - Feedback;	

Anexo F: Exemplo de planeamento de sessão de Atividade Motora em Meio Aquático.

ACTIVIDADE MOTORA EM MEIO AQUÁTICO (AMA)

6º Planeamento de sessão

Data: 4 de Fevereiro de 2016

Local: Piscina do Casal Vistoso

Duração da sessão: 45 minutos

Nº de clientes: 3 clientes (J.V., C.A., J.P.)

Obs.: Dever-se-á voltar a tentar a entrada pelas escadas.

	Duração	Objetivo geral	Objectivos Específicos	Actividade	Descrição da actividade	Material	Tempo de realização da actividade	Critério de êxito	Estratégias	Observações
Activação Muscular Geral	10 Minutos	-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório;	<ul style="list-style-type: none"> - Activação muscular geral; - Aumento da temperatura corporal; - Trabalhar o controlo respiratório; - Trabalhar o equilíbrio; 	Caminhar	Os clientes devem caminhar até ao outro bordo da piscina e voltar, sem recorrer ao apoio das cordas da piscina.	Sem material	5 minutos	Realizar a caminhada sem qualquer tipo de apoio material ou físico.	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; -Demonstração; - Feedback correctivo 	

		-Estimular os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e respiratório;	<ul style="list-style-type: none"> - Activação muscular geral; - Estimular o controlo respiratório; - Trabalhar a imersão; 	Saltos	O cliente deve realizar saltos na posição vertical, de mãos dadas com a estagiária, emergindo totalmente a cabeça após a contagem de 3 saltos, solicitando que expire durante a imersão e/ou soprando na água.	Sem material	5 minutos	Emergir a cabeça pelo menos 5 vezes por pista.	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	
Desenvolvimento das Actividades	25 Minutos	Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, respiração e acções propulsivas; 	Propulsão em decúbito dorsal com ilha	Os clientes devem colocar-se em cima da ilha em decúbito dorsal de modo a ter apoio até à zona da cintura, devendo realizar movimentos de pernas alternados.	Ilha	7 minutos	Realizar propulsão com o batimento de pernas alternado com apoio da ilha	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	

		Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, respiração e acções propulsivas; 	Propulsão em decúbito dorsal com rolos	<p>O cliente deve realizar movimentos de pernas alternados, em decúbito dorsal, com apoio dos rolos, um na zona da cintura e outro debaixo dos braços se necessário, deva ainda apoiar a cabeça no ombro da estagiária.</p> <p><u>Adaptações:</u></p> <p>A estagiária pode ir dando cada vez menos apoio físico se verificar que o cliente desempenha bem o exercício.</p>	1 ou 2 rolos	8 minutos	<p>Realizar propulsão com o batimento de pernas alternado com apoio da dos rolos e da estagiária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	
		Desenvolver a capacidade de batimento de pernas alterado;	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio do corpo em posição horizontal; - Coordenar equilíbrio, respiração e acções propulsivas; 	Propulsão em decúbito ventral com rolo	<p>O cliente deve realizar movimentos de pernas alternados, na posição de decúbito ventral, segurando com as mãos o rolo, com os braços em extensão para a frente. Outro rolo poderá ser colocado na zona da cintura. A estagiária dará também apoio estabilizando o rolo e se necessário fazendo algum impulso.</p>	2 rolos	10 minutos	<p>Realizar propulsão com o batimento de pernas alternado com apoio dos rolos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução verbal simples e objectiva; - Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback correctivo 	

Retorno à calma/ Relaxação	10 Minutos		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do relaxamento e diminuição da tonicidade; - Proporcionar à vontade com o meio aquático; - Facilitar o retorno à calma; - Promover a integração da informação; - Marcar o final da sessão; 	Relaxação	O cliente deve colocar-se em decúbito dorsal. A estagiária irá deslocar o cliente pela pista de modo a promover o relaxamento do mesmo.	Sem material	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> -Manter-se na posição estabelecida durante a atividade; - Permitir as mobilizações passivas; - Manter-se calmo e seguro durante as execuções; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço verbal positivo; - apoio físico; 	
-----------------------------------	------------	--	---	------------------	---	--------------	------------	---	---	--